

■緊急配布要請記載事項      ↓下記項目をご入力ください

| 項目            | 記入欄 | 記載例                        | 備考                        |
|---------------|-----|----------------------------|---------------------------|
| 申請日時          |     | 2026/5/14                  |                           |
| 医療機関名         |     | 医療法人社団    ○○会    ××××クリニック |                           |
| 医療機関コード       |     | 1234567890                 | 医療機関でコードが不明な場合は都道府県において記入 |
| 区分            |     | 診療所                        | 選択肢から選択して下さい              |
| 都道府県名         |     | 東京都                        |                           |
| 郵便番号          |     | 012-3456                   |                           |
| 医療機関住所        |     | 東京都千代田区千代田 1 - 1           |                           |
| 電話番号          |     | 03-3588-3000               |                           |
| 担当者氏名         |     | 山田太郎                       |                           |
| メールアドレス       |     | xxxx@example.com           |                           |
| 在庫量（前日時点の在庫量） |     | 2100                       | 枚数を整数で記入して下さい             |
| 1週間の想定消費量     |     | 1000                       | 枚数を整数で記入して下さい             |
| 1週間の購入見込み量    |     | 300                        | 枚数を整数で記入して下さい             |
| コメント（任意）      |     |                            |                           |

□緊急配布の要否、最大販売枚数の確認

上記に入力いただいた「在庫量」「1週間の想定消費量」「1週間の購入見込み量」によって配布要否及び最大販売枚数を判定し、「要」となった場合に最大販売枚数を上限に購入いただくことが可能です。

下記は「申請シート\_医療機関用」の入力結果と、要否判定結果です。ご確認ください。

① 在庫量

0枚

② 1週間の想定消費量

0枚

③ 1週間の購入見込み量

0枚

配布対象

否

購入上限数

-枚

↑上記が今回、購入可能な枚数になります