

**※取扱注意**

## 医薬品調達先予定一覧表

静岡県医薬品卸業協会(医薬品)

所在	社名	住所	第1連絡先
藤枝市	アルフレッサ(株)藤枝支店	藤枝市岡部町内谷 933-1	
	(株)スズケン藤枝支店	藤枝市小石川町 4-3-18	
焼津市	中北薬品(株)焼津支店	焼津市越後島 347	
静岡市	東邦薬品(株)静岡営業所	静岡市駿河区有東 2-2-25	
	(株)メディセオ静岡支店	静岡市駿河区敷地 1-6-27	

**※供給先に最も近い支店等から連絡する。**

※上記連絡先に連絡が取れなかったとき、供給対応ができなかったときは、中部保健所(中部方面本部)に連絡する。

要請にあたっては、静岡県が指定する別紙様式を使用し、連絡時のポイントは、品名、規格、入数、箱数、連絡済要請先、代替品対応の可否等を伝える。

## その他連絡先

衛星携帯設置医薬品卸売業者	第2連絡先	衛星携帯電話番号
アルフレッサ(株)藤枝支店		
(株)スズケン藤枝支店		
中北薬品(株)焼津支店		
東邦薬品(株)静岡営業所		
(株)メディセオ		

## ○要請対象品目

- ・医薬品(医療用医薬品、用指導医薬品、一般用医薬品)
- ・衛生材料(ガーゼ等)
- ・医療機器(在宅用等)

※一般生活用品、食料(おむつ、粉ミルク、健康食品、飲料水)等は、原則県では物資班の対応となるため、別の要請ルートで要請する。

※HP用に連絡先を削除

方面本部あて、FUJISAN により下記の事項について要請連絡ができないときは本要請票により要請を行うこと

市町用

## 災害時医薬品等供給要請票

要請 No.

発信日時	令和 年 月 日 時 分※
発信元	所属： 担当： (業専 Co 名： ) 衛星電話： 電話番号： FAX： E-mail:

要請先 様

下記について供給を要請します。供給の可否、時間等(●)を連絡してください。

### ○要請品目

	品名	規格	数量	特記事項
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

### ○供給(受入)先

名称(搬入場所)	( )
所在地	
担当者氏名(所属)	( )
連絡先電話番号	

### ○参考情報(これまでに行った供給要請情報、交通情報等を記入してください)

※要請業者名とその回答等(市町、病院等が行った確認も含め記載してください)

### ●回答(発信元へ伝達すること)

供給可否	可 ・ 否	供給事業者名	
配達完了予定日時	月 日 時 分		
備考(運搬不可等)			

※時間は、24 時間表記で記載してください。