提出先：**FAX** **22-1469**　 E-mail：hoken-iyaku@city.otaru.lg.jp

小樽市保健所保健総務課庶務医薬グループ　担当　三浦

手指消毒剤の優先購入希望調査票

（送信元）医療機関名　　　　　　　　　　　担当部署名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

（アスクル専用登録サイトのお知らせ先ＦＡＸ番号またはメールアドレス

注意事項を御承知のうえ、購入を希望される場合はFAXまたはメールで御提出ください。

注意事項

・製品にはベンザルコニウム塩化物等を有効成分とする商品やアルコール濃度の低い商品

も含まれます。

・納品までに御時間がかかります。

・製品価格は店舗での購入価格よりも割高です。また、別途配送料、手数料がかかります。

・発注の御案内後、各施設にて上限の範囲内でオンライン注文していただきます。

製品は選べませんが、割り当てられた製品を希望しない場合は、注文を見送ってください。

・オンライン注文後はキャンセルできません。

（※以下、保健所記入欄）

医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）様

手指消毒剤の優先購入希望を受付けいたしました。

アスクルの専用登録サイトをお知らせいたします。

登録の際に処方箋発行医療機関コード（１０桁）の入力が必要です。

貴院の医療機関コード