5月分詳細様式（都道府県への供給要請）

都道府県名	

※　行数が足り合い場合は、挿入を行ってください。

管理番号	施設名	分類	備考（分類）	規模	在庫量（L）	主な用途	備考（用途）	平時の使用量（L）	1か月分に対する不足量（L）	他の入手先からの（3月）入手実績（L）	5月分の要請数量（L）	4/1〆分での配分量（L）	備考（その他）
		※選択してください。「その他」の場合は、備考欄に詳細を記載ください。	※分類が「その他」の場合に詳細を記載ください。	※ 病床数、入所者数等	※ 半角整数	※選択してください。「その他」の場合は、備考欄に詳細を記載ください。	※用途が「その他」の場合に詳細を記載ください。	※ 1か月分の使用量実績。月平均等の実績でも可 ※ 半角整数	※ 今後1か月で必要な数量に対する不足量 ※ 半角整数	※ 医療卸等からの調達量。本年3月の1か月分の実績を記載すること ※ 半角整数	※ 半角整数	※実際に発注した数量を記載して提出のこと ※ 半角整数	※ 連絡事項等あれば、記載。特に緊急を要する場合には、事情とともに明記すること
00000	例）厚生労働病院	01.感染症指定医療機関又は帰国者・接触者外来医療機関		300床	0リットル	b.職員・入院・入居者等の消毒用途		0リットル	20リットル	0リットル	20リットル	2.0リットル	
00001													
00002													
00003													
00004													
00005													
00006													
00007													
00008													
00009													
00010													
00011													
00012													
00013													
00014													
00015													
00016													
00017													
00018													
00019													
00020													
00021													
00022													
00023													
00024													
00025													
00026													
00027													
00028													
00029													
00030													