　1、当院は災害拠点病院に指定されています。よって、災害時の対策として当院に優先的に物品納入できるか否か、お教えください。

災害時、当院に優先的に納入をすることができますか？

　可　　・　　否　　・　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

※可の場合、可能な物品と数量をお書きください。

　記入欄が不足の場合は御社の用紙にてお願いいたします。

西暦　　　　　　　年　　　　月　　　　日

住所

緊急時連絡先

業者名 印

代表者名