

薬局開設者 様

医療対策課長

熊本市が所有する医療用物資の配布について（依頼）

日頃から、熊本市の医務薬務行政にご理解とご協力をいただきありがとうございます。

また、新型コロナウイルス感染症への対応にあたっては、多大なるご尽力をいただき厚く御礼申し上げます。

本市では、診療体制等を維持していただくために、医療用物資の配布等の支援を行ってきました。

現在も未使用の医療用物資の保管を続けていますが、この医療用物資の有効活用の観点から医療機関、薬局等への配布を実施します。

つきましては、配布を希望される薬局におかれましては、下記により令和 6 年（2024 年）5 月 24 日（金）までにお申し込みいただきますようお願いいたします。

記

1 申込先

熊本市保健所 医療対策課 薬務班

〒862-0971 熊本市中央区大江 5 丁目 1 番 1 号 ウェルパルクまもと 4 階

電話番号 096-364-3186 FAX 番号 096-371-5172

電子メールアドレス iryoutaisaku@city.kumamoto.lg.jp

2 申込方法

以下のいずれかの方法でお申し込みください。

(1) 熊本県・市町村共同システム 電子申請サービス

以下のサイトにアクセスして申し込みを行ってください。

[https://apply.e-tumo.jp/city-kumamoto-u/offer/offerList\\_detail?tempSeq=14118](https://apply.e-tumo.jp/city-kumamoto-u/offer/offerList_detail?tempSeq=14118)



(2) 電子メール

申込書（別紙）の内容を記入して、上記メールアドレスに送信してください。

(3) FAX

申込書（別紙）に必要事項を記入して、上記番号に FAX を送信してください。

### 3 配布物資

配布物資	配布数量	代表的な包装単位
アイソレーションガウン（エプロン含む）	160,000 枚程度	100 枚/箱が多い
つなぎ防護服	9,000 枚程度	25 枚/箱が多い
グローブ（ニトリル手袋）（非滅菌手袋）	1,600,000 枚程度	100 枚/箱が多い
サージカルマスク	910,000 枚程度	50 枚/箱が多い
N95 マスク	210,000 枚程度	20 枚/箱が多い
フェイスシールド	30,000 枚程度	250 枚/箱
キャップ	100,000 枚程度	100 枚/箱
シューズカバー	32,000 枚程度	10 足/袋

※物資によっては小分け可能なものもあります。

※主な配布物資の画像は、熊本市ホームページ-熊本市が所有する主な医療用物資

[https://www.city.kumamoto.jp/hpkiji/pub/Detail.aspx?c\\_id=5&id=54975](https://www.city.kumamoto.jp/hpkiji/pub/Detail.aspx?c_id=5&id=54975)

に掲載しています。

### 4 配布について

(1) 配布日：令和6年（2024年）6月3日（月）、6月4日（火）、6月5日（水）の3日間

(2) 配布時間：13時～15時30分（3日間とも）

(3) 配布場所：旧雁回敬老園

熊本市南区富合町木原 2316 番地

※大型車が複数台駐車できるスペースがあります。

(4) 配布方法：配布日時に配布場所まで受け取りに来ていただきますようお願いします。

（閉鎖された施設ですので、配布日時以外の対応はできませんのでよろしくお願い致します。）

物資の積込み、配送等に必要な自動車、台車、人手、ハサミ・カッター等をご準備ください。（本市では準備しません。）

### 5 留意事項

・必要な数量の希望が可能ですが、配布物資がなくなり次第、配布は終了します。

予めご了承ください。

・配布物資の銘柄・材質・サイズ等は、配布当日に配布場所で選択いただいても構いませんが、先着順になりますのでご了承ください。

・配布物資の中には、有効期限が過ぎているものや保管状況が不良なもの（段ボール箱の崩れ等）があります。

使用の可否については、医療機関で判断していただきますようお願いします。

・配布場所は水道、電気が停止しています。手洗い設備やトイレの使用はできません。

問い合わせ先

熊本市保健所 医療対策課 薬務班

担当 横山 村上

TEL：096-364-3186

FAX：096-371-5172

熊本市保健所 医療対策課行

TEL : 096-364-3186

FAX : 096-371-5172

## 熊本市が所有する医療用物資配布申込書

### 1 連絡先

薬局名	
担当者名	
電子メールアドレス	
電話番号	
FAX 番号	

### 2 受取希望日時

※希望の日時にチェックを付けてください。

(複数日を希望される場合は、それぞれの日時にチェックを付けてください。)

※申し込み後に変更がある場合は電話でご連絡ください。

受取希望日時	<input type="checkbox"/> 6月3日(月)	<input type="checkbox"/> 13:00~	<input type="checkbox"/> 13:30~	<input type="checkbox"/> 14:00~
		<input type="checkbox"/> 14:30~	<input type="checkbox"/> 15:00~	<input type="checkbox"/> 15:30~
	<input type="checkbox"/> 6月4日(火)	<input type="checkbox"/> 13:00~	<input type="checkbox"/> 13:30~	<input type="checkbox"/> 14:00~
		<input type="checkbox"/> 14:30~	<input type="checkbox"/> 15:00~	<input type="checkbox"/> 15:30~
	<input type="checkbox"/> 6月5日(水)	<input type="checkbox"/> 13:00~	<input type="checkbox"/> 13:30~	<input type="checkbox"/> 14:00~
		<input type="checkbox"/> 14:30~	<input type="checkbox"/> 15:00~	<input type="checkbox"/> 15:30~

### 3 配布希望物資

※数量は当日変更になっても構いません。

※複数日に分けて受け取る場合は、合計数を記入してください。

配布希望物資	配布希望数量
アイソレーションガウン (エプロン含む)	枚
つなぎ防護服	枚
グローブ (ニトリル手袋) (非滅菌手袋)	枚
サージカルマスク	枚
N95 マスク	枚
フェイスシールド	枚
キャップ	枚
シューズカバー	枚