

斑鳩町社会福祉協議会マスクバンク 申請書【医療機関・福祉施設用】

年 月 日

社会福祉法人  
斑鳩町社会福祉協議会  
会長 中西 和夫 様

(申請者)

所在地 \_\_\_\_\_

名称 \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

次のとおり申請します。また、事業の内容を理解し、転売や第三者への譲渡等の他の目的には使用しません。

マスクの種類	大人用枚数	子ども用枚数
不織布マスク		
サージカルマスク		
N95マスク		
ガーゼマスク		
手作りマスク		

メッセージがあればご記載ください。(社協ホームページに掲載します)

・事業者名の公表について(社協ホームページに掲載します)

事業者名の掲載を希望しない場合は、下記の「事業所名の公表を希望しない」に☑をつけてください。希望しない場合であっても、受け渡し先として、医療機関、福祉施設別の標記と、受渡日、マスクの種類、枚数は掲載しますのでご承知おきをお願いします。

事業所名の公表を希望しない

※留意事項

○返品はできませんが、開封時に異物の混入や汚れ等があった場合には交換等の対応をさせていただきます。

【裏面あり】

