

回答日	
医療機関名	
医療機関ID	
都道府県	都道府県を選択してください
部署名	
担当者氏名	
電話番号 (代表)	
電話番号 (内線)	
メールアドレス	

返送先
<p>WEBフォームの場合: https://covid-19-monitoring.cybozu.com/k/#/portal FAXの場合: 03-5846-8121 ※WEBフォーム推奨</p>

- * 「販売者」「機種名」にない販売者、機種名を購入予定の場合は「その他」を選択し、備考に記載ください
- * FAXで提出の医療機関は別紙「人工呼吸器 機種リスト」を確認の上、販売者および機種名を記入してください。

No	販売者	機種名	購入予定数		備考（自由記載）
			購入希望台数	納品希望日あるいは 購入希望日	
記載例	アコマ医科工業	ART-300	10 台	5月1日	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					