（様式６）

**入院セット提供営業に係る仕入先一覧**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者（氏名又は名称） |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 仕入先名称（支店等名）※注1 | 左記の所在地（県及び市町村）※注2 | | | | 取扱品目 |
|  | 院内売店 | 県内 | 県外 |
| 1 |  |  |  |  |  | 衣類（甚平） |
| 2 |  |  |  |  |  | 衣類（浴衣） |
| 3 |  |  |  |  |  | 衣類（介護寝間着） |
| 4 |  |  |  |  |  | バスタオル |
| 5 |  |  |  |  |  | フェイスタオル |
| 6 |  |  |  |  |  | ディスポタオル |
| 7 |  |  |  |  |  | 取っ手付きコップ |
| 8 |  |  |  |  |  | 歯ブラシ |
| 9 |  |  |  |  |  | 歯磨き粉 |
| 10 |  |  |  |  |  | ボックスティッシュ |
| 11 |  |  |  |  |  | ウェットティッシュ |
| 12 |  |  |  |  |  | 口腔ケアジェル |
| 13 |  |  |  |  |  | 口腔ケアスポンジ |
| 14 |  |  |  |  |  | 入れ歯ケース |
| 15 |  |  |  |  |  | 入れ歯洗浄剤 |
| 16 |  |  |  |  |  | マウスウォッシュ |
| 17 |  |  |  |  |  | ｶﾞｰｸﾞﾙﾍﾞｰｽ (うがい受け) |
| 18 |  |  |  |  |  | 保湿ローション |
| 19 |  |  |  |  |  | 洗浄剤 |
| 20 |  |  |  |  |  | 食事用エプロン |
| 21 |  |  |  |  |  | シャンプー |
| 22 |  |  |  |  |  | コンディショナー |
| 23 |  |  |  |  |  | ボディーソープ |
| 24 |  |  |  |  |  | 吊り下げビニール袋 |
| 25 |  |  |  |  |  | ヘアブラシ |
| 26 |  |  |  |  |  | フレックスストロー |

（注）1.仕入先の会社は、㈱○○会社○○支店まで記載してください。

2.所在地は、都道府県及び市町村まで記載し、院内売店、県内及び県外のいずれに〇を記載してください。