

各位

公益社団法人 日本看護協会
会長 福井 トシ子

株式会社大塚製薬工場からの経口補水液オーエスワン(OS-1)の支援について

謹啓 時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。平素より本会の活動にご支援を賜り、誠にありがとうございます。

さて、この度の新型コロナウイルス感染症(COVID-19)拡大の影響を受け、株式会社大塚製薬工場から現場で頑張っている看護職等に向けて、経口補水液オーエスワン(OS-1)提供のご提案をいただきました。

新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、あらゆる医療機関において、心身共に負荷のかかった状態での業務が続いています。看護職等の中にも体調を崩したり、新型コロナウイルスに感染したりするケースも増えており、看護職等の健康管理も大きな課題となっております。免疫力を下げないために、バランスの良い食事や十分な睡眠に加え、脱水対策も重要なポイントとなります。

つきましては、以下の依頼書に必要事項を記入の上、FAXにて株式会社大塚製薬工場にご依頼いただければ幸いです。何卒よろしくお願い申し上げます。

謹白

株式会社大塚製薬工場宛 オーエスワン送付依頼書

<使用目的> 新型コロナウイルス感染患者の受け入れ、または新型コロナ検査対応の医療機関において、看護職等の脱水対策に使用するため。

<対象製品> 経口補水液オーエスワン(OS-1)500mL ペットボトル(1 ケース 24 本入り)
経口補水液オーエスワン(OS-1)ゼリー 200g パウチ(1 ケース 30 袋入り)

<使用数量> 500mL ペットボトル ____ ケース(目安 10 ケース / 月 / 医療機関)
ゼリー200g パウチ ____ ケース(目安 5 ケース / 月 / 医療機関)

<受付期間> 2020年6月末日まで
* 他の団体を通じて既に目安数のご要望をいただいている医療機関には、重複してお送りすることはできませんので、予めご了承の程お願いいたします。

<製品送付先>

住 所:〒 _____

施設名 : _____

所 属 : _____ 氏 名 : _____

電話番号: _____ FAX 番号 : _____

<FAX 送付先> 03-3219-5605 (大塚製薬工場 OS-1 事業部)

- 納品時間は平日 9:00-17:30 を基本とし、時間指定はお受けかねいたします。(到着前に担当者様に連絡を入れさせていただきます。)
- 商品のお渡しは搬入口での軒先渡しとなります。
- トラックの駐車スペースの確保をお願いいたします。

備考欄

個人情報につきましては、大塚製薬工場が OS-1 の発送のために使用し、大塚製薬工場の個人情報保護法指針に基づき、安全かつ適切に管理させていただきます。

以上