

NO _____

食品提供依頼書

依頼日	年 月 日	希望期間	<input type="checkbox"/> 1回のみ <input type="checkbox"/> 継続(カ月)	
受取希望日	年 月 日(曜日)	受取方法	<input type="checkbox"/> 倉庫で受取(本人/担当者) <input type="checkbox"/> 配達(担当者)	
	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 夜間			
依頼者名	担当者経由で受け取る場合フリガナのみ可			
受取先住所	担当者経由で受け取る場合に記入 (〒 -) <input type="checkbox"/> 本人/担当者			
	電話 - -			
世帯構成	5歳以下 人 才 男・女 才 男・女	6~12歳 人 才 男・女 才 男・女	13~15歳 人 才 男・女 才 男・女	
人数 計 人	16~19歳 人 才 男・女 才 男・女	20歳代 人	30歳代 人	
		40歳代 人	50歳代 人	
		60歳代 人	70歳以上 人	
アレルギーや既往症 など注意事項				
ライフライン状況	電気	ガス	水道	
お持ちの調理器具	電子レンジ / ガスコンロ / 炊飯器 / 電気ポット			
生活保護	なし	申請予定	申請中	受給中 過去に受給

※いただいた個人情報 はフードバンクよしみ・かわじまの活動以外には使用しません。

担当者記入欄

担当者氏名	(フリガナ)
所属、および連絡先	電話 - -
申請の理由 (複数回答可)	・精神、身体疾患(障がい、事故含む) ・失業 ・低収入 ・低/無年金 ・生活保護決定までのつなぎ ・ひとり親家庭 ・その他()
利用者の現状	

フードバンクスタッフ記入欄

提供予定日時	/ ()	/ ()	/ ()
留意事項(例:自分で調理できるか、缶詰は開けられるか等)			