

(FAX送信先 04-2968-3067)

No. _____

食品提供依頼書

依頼日	年 月 日	希望期間	<input type="checkbox"/> 1回だけ <input type="checkbox"/> 継続 か月			
配送方法	担当者経由 宅急便 配達					
配達希望日時						
配送先住所	担当者経由の場合は不要 (〒 -)					
宛名	担当者経由の場合は不要 (フリガナ)					
連絡先電話	担当者経由の場合は不要					
世帯構成 人数 計 人	5歳以下	人	6~12歳	人	13~15歳	人
	才	男・女	才	男・女	才	男・女
	才	男・女	才	男・女	才	男・女
	16~19才	人	20歳代	人	30歳代	人
	才	男・女				
	才	男・女	40歳代	人	50歳代	人
	60歳代	人	70歳代	人	80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ネット西埼玉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	TEL - - (内線)
申請の理由 (複数回答可)	<ul style="list-style-type: none"> ・精神、身体疾患(障害、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	