

食品配送申請書

FAX : 047-494-8280 電話 : 080-6253-0357

申請日	20 年 月 日		希望回数		回
ふりがな 申請者氏名	イニシャル (.)		年齢	歳	国籍
住 所	〒		電話		
ご家族の人数	歳男・女	歳男・女	20歳代 人	30歳代 人	40歳代 人
※子どもについては年齢 を記入して下さい 食品を用意する際の参考 にします	歳男・女	歳男・女	男 人・女 人	男 人・女 人	男 人・女 人
	歳男・女	歳男・女			
	50歳代 人	60歳代 人	70歳代 人	男 人	
	男 人・女 人	男 人・女 人	男 人・女 人	女 人	合計 人
希望する食品	(例)米・調味料・飲料など ()				
お手持ちの調理器具	電子レンジ・ガスコンロ・炊飯器・電気ポット・その他 ()				
アレルギーの有無	無し・えび・かに・卵・小麦・そば・落花生・乳・その他 ()				
配送希望日	月 日 午前・14-16時・16-18時・18-20時・19-21時				

担当機関記入欄

担当者 (紹介者)	氏 名	
	所 属	
	住 所	
	電話・FAX	
提供方法	<input type="checkbox"/> 宅配で届けてほしい <input type="checkbox"/> 職員が届ける	
利用者の現状	なるべく細かくご記入 ください	

※お預かりした個人情報はフードバンクふなばしからの食品配送以外の目的には使用いたしません