食品配送申請書

特定非営利活動法人
フードバンクふなばし

電話：047-494-8280　FAX：047-419-7558

申請日	２０　　年　　月　　日		
ふりがな 申請者氏名	イニシャル （　　.　　）	年齢　　歳	国籍
住　所	〒	電話	
ご家族の年齢・人数	こども： 歳（学年　　年生）男・女　歳（学年　　年生）男・女 歳（学年　　年生）男・女　歳（学年　　年生）男・女 歳（学年　　年生）男・女　歳（学年　　年生）男・女 おとな： 歳　男・女　歳　男・女　歳　男・女 歳　男・女　歳　男・女　歳　男・女	**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（　　）		
受取希望日	月　　日　午前・14-16時・16-18時・18-20時・19-21時		

現在つながっている 相談窓口	（例）船橋市生活支援課
利用者の現状 なるべく細かくご記入ください 食品を用意する際の参考にします	

※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