

# 物資配送依頼票

様式 5

\* 共通様式

NO. \_\_\_\_\_

避難所名			
依頼者	氏名： (避難所担当職員／施設職員／地域団体)		
依頼日時	月	日	時 分
避難所連絡先	TEL：	FAX：	

分類	品目	必要数	備考	市配送数 (*市が記載)
食料品				
飲料				
物資				
配送担当者：			避難所受領サイン：	

NO. \_\_\_\_\_

避難所名	▲●小学校		
依頼者	氏名：本郷 良子 (避難所担当職員 / <u>施設職員</u> / 地域団体)		
依頼日時	△月	△日	○時 ○分
避難所連絡先	TEL：042-***-*** FAX：042-***-***		

分類	品目	必要数	備考	市配送数 (*市が記載)
食料品	アルファ米	3箱	50食/箱	2箱
	粉ミルク	3人分		3人分
	インスタント食品	1箱	20食/箱	1箱
飲料	水	200本	500ml換算	200本
物資	毛布	100枚		100枚
	子供用おむつ	3人分		5人分
	大人用おむつ	4人分		5人分
	哺乳瓶	3本		3本
	生理用品	4人分		10人分
	トイレトペーパー	10巻		10巻
	哺乳瓶	3本		3本
配送担当者：岩沢 太郎			避難所受領サイン：本郷 良子	