

避難所等活動チーム ⇒ 情報集約先市町村 ⇒ 管轄保健所 ⇒ 県健康づくり支援課（栄養）

FAX：健康づくり支援課 043-225-0322
E-mail：kenzo5@mz.pref.chiba.lg.jp

食料供給支援要請票・送付書 兼 納品把握票

★ 食物アレルギーや咀嚼困難等病態に配慮した食品が調達できない場合に、御連絡ください。

令和 年 月 日

市町村名		送付者 課職氏名	
		連絡先	

【納品希望日】 月 日

【納品場所（市町村・保健所記入欄）】

住所：〒	
所属：	担当者名：

記入日： 年 月 日（ ）

区分	市町村記入欄				県庁記入欄	
	種別・食品名		必要数	納品 確認日	納品 予定日	納品 予定数
特殊ミルク						
アレルギー 対応 離乳食	離乳初期	() 除去食品				
	離乳中期	() 除去食品				
	離乳後期	() 除去食品				
	離乳完了期	() 除去食品				
アレルギー 対応食品		() 除去食品				
		() 除去食品				
		() 除去食品				
		() 除去食品				
病態対応食品		たんぱく質調整食品（米）				
		〃（おかず）				
		高エネルギー食品				
嚥下困難等		とろみ剤				
		濃厚流動食				
		水分補給ゼリー				
その他						

※ 保健所は市町村からの支援要請を受け、県へ要請する。（市町村様式でも可）