**(公社)石川県栄養士会 災害対策本部 宛**

**電話：076-259-5061　　FAX：076-259-5062　メール：ishikawa-ei@celery.ocn.ne.jp**

**特殊栄養食品の提供依頼書　【記入日：　　　月　　　日】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **依頼者氏名****（勤務先等）** |  | **希望受取り場所****(場所名・住所)** |  |
| **受取り担当者氏名** |  |
| **依頼者連絡先****(電話、メール等)** |  | **受取り担当者連絡先****(電話、メール等)** |  |
|  |  | **備考（製品例など）** | **希望の量（〇人分など）、コメント** |
| **濃厚流動食** | **液体タイプ** | **テルミールミニ®****クリミール®** |  |
| **ゼリータイプ** | **メイバランスゼリー®****パワミナゼリー®** |  |
| **やわらか食品** | **主食（米粒なし）** | **UD(かまなくてよい)** |  |
| **主食（米粒あり）** | **UD(舌でつぶせる)** |  |
| **おかず（粒なし）** | **UD(かまなくてよい)** |  |
| **おかず（粒あり）** | **UD(かまなくてよい)** |  |
| **おかず（具なし）** | **UD(かまなくてよい)****ムース、プリン状** |  |
| **おかず（具あり）** | **UD(舌でつぶせる)****とろみ** |  |
| **デザート** | **かまなくてよい****舌でつぶせる** | **ゼリー、プリンなど** |  |
| **飲料** | **微量栄養素強化飲料** | **ブイクレス®****くだものの栄養®** |  |
| **水分補給ゼリー** | **OS-1ゼリー®** |  |
| **アレルギー対応食品** | **主食、副食、デザート** |  |
| **備考（他に希望する製品など　例：とろみ剤、液体ミルク、ベビーフード、低たんぱく質ご飯など）** |

**※UD：ユニバーサルデザインフード　※食品はすべてレトルトなどの常温保管の既製市販品です。**