

発送日 ■月■日 (■)

輸送担当者 A田・B川

依頼者 ◇◇市健康推進課

受取担当者 石川花子

受取場所 ◇◇市役所 (◇◇市××町○-○)

連絡先 076-×××-○○○○

< 支援物資 (特殊栄養食品) >

メーカー名	商品名	数量			備考
□□□□	-----	30	個	ケース	
&&&	-----		個	2 ケース	1ケース 30食
###	-----		個	10 ケース	1ケース 36本
			個	ケース	
			個	ケース	
			個	ケース	
			個	ケース	
			個	ケース	
			個	ケース	
			個	ケース	
			個	ケース	

公益社団法人石川県栄養士会

TEL : 076-259-5061