様式8-3

 　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　公益社団法人佐賀県栄養士会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　会 長　 　 福 山 　隆 志

**＜特殊栄養食品注文依頼票＞**

平素より佐賀県内の多々な施設がお世話になっております。

〇〇年〇月〇日の（台風、大雨等）被害による被災者支援のため、公益社団法人 佐賀県

栄養士会では、〇年〇月〇日に災害対策本部を設置し、避難所等での支援活動を開始しま

した。

その中で、下記の栄養剤、栄養補助食品が必要になりましたので、注文致します。

|  |  |
| --- | --- |
| **商 品 名** | **ケース、箱（単位）** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 　送付先：佐賀市水ケ江１丁目１２番10号

　　　　　　　　　　　　　　　　 佐賀メディカルセンタービル１階

　　　　　　　　　　　　　　 公益社団法人 佐賀県栄養士会

電話：0952-26-2218　fax：0952-26-5249