

平成 年 月 日

受付番号

提供可能物資調査票

薬局名	
-----	--

品 目	個数	荷姿	備 考
(記載例) 介護用おむつ	5000個	段ボール200箱	
(記載例) 粉ミルク (850 ^g 缶)	1200個	段ボール100箱	

※搬送のボリューム等が分かるよう、できるだけ詳しく記入してください。

連絡先担当者		TEL(昼間)	
所 属		TEL(夜間)	
職・氏名		F A X	

【 提供申込及び問い合わせ先 】

事務局:北海道薬剤師会 室蘭支部

申込FAX:0143-24-8933 (電話:0143-24-8931)