受付番号

物資支援要請受付票

年　　　　月　　　　日（　）

受付担当者名

団体名：

担当者名：　　　　　　　　　　　　　　　　　部署名：

担当者連絡先：

サポセンもしくはベースの紹介者名（あれば）：

物資支援先（避難所などの名称）：

支援物資名（商品名）：

 型番：

 形式：

 色：

 その他：

必要個数：

納入期限：　　　　　　　　　年　　　　月　　　日（　）

納入先：

納入方法：　　手渡し　　　　郵送　　　　宅配　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

　郵送・宅配が可の場合、支援者から直接の配送の可否：　　可　　　　　　否

複数の支援者からの納入の可否（数量が多い場合など）：　　可　　　　　　否

　　条件（ある場合）：

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

物資支援対応票

支援募集：　　する　　　しない

結果連絡日：　　　　　　年　　　　月　　　日（　）

連絡者名：

募集開始日：　　　　　　年　　　　月　　　日（　）

募集終了日：　　　　　　年　　　　月　　　日（　）

支援者（団体）名：

1.

支援個数：　　　　　納入日：　　　　　年　　　　月　　　日

1.

支援個数：　　　　　納入日：　　　　　年　　　　月　　　日

1.

支援個数：　　　　　納入日：　　　　　年　　　　月　　　日

支援完了日：　　　　　　年　　　　月　　　日（　）

支援完了確認者名：