

福祉施設 受援シート

No

発信日 平成 年 月 日

発信者

【施設名】

【住所】

【窓口担当者氏名】

①

②

【連絡手段】

FAX

電話

メール

その他 連絡可能時間帯など

【必要となる支援】

【人】

	職種	人数	男・女	到着予定日・期間
①				～
②				～
③				～
④				～

備考

必要な装備 寝袋・食料・水・テント ()

その他

【モノ】

	品名	数量	緊急度	重要度	備考
①					
②					
③					
④					
⑤					
⑥					
⑦					

◎

高

○

中

△

低

備考