

\*全項目について鮮明にご記入下さい

(医療機関→特殊ミルク事務局)

**Fax 03-3473-1165**

(社福) 恩賜県村母子愛育会 総合母子保健センター  
特殊ミルク事務局 御中

No. \_\_\_\_\_  
(事務局用No.につぎ記入不要)

### 特殊ミルク供給申請書

(①②は、○で囲むか、該当しない箇所を消して下さい)

申請日	平成 年 月 日		貴病院へのミルク到着希望を○で囲んで下さい。				
所在地	〒		<table border="1"><tr><td>月 日( )迄に到着希望</td></tr><tr><td>①平日到着希望</td></tr><tr><td>②休日(休診日)でも到着希望</td></tr></table>		月 日( )迄に到着希望	①平日到着希望	②休日(休診日)でも到着希望
月 日( )迄に到着希望							
①平日到着希望							
②休日(休診日)でも到着希望							
医療機関名							
担当科名		担当医師名	Ⓜ				
医療機関内届け先 (外来、栄養科等)							
電話番号		FAX番号					

下記疾患につき、次の通り供給されるよう申請致します。

疾患名(含疑い)	(マターナルPKUの場合は、その旨明記して下さい)				
患者ID		①性別	男・女	生年月日	西暦 年 月 日
②特殊ミルクの使用状況	新規使用・継続使用・転院(病院より) ・その他( )				

供給を必要とする特殊ミルク (ミルク分類にチェックをお願い致します)

③ミルク分類	乳業会社名	品名記号	必要缶量(合計)	使用量(g/日)
<input type="checkbox"/> 登録			缶	g
<input type="checkbox"/> 登録外			缶	g

★賞味期限内にミルクを消費し、特殊ミルク安定供給事業を適正に運用するため、できれば1~2ヶ月分単位で申請して下さい。

当該特殊ミルクの供給を必要とする病態生理学的理由およびその根拠

--

特殊ミルク事務局 milk@boshiaikukai.jp 〒106-8580 東京都港区南麻布5-6-8 TEL 03-3473-8333・FAX 03-3473-1165  
★ この申請書は、「登録品」および「登録外品」共通の申請書です。