**＊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）

**メール　milk@boshiaiikukai.jp**

**FAX 03-3473-1165**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　**S-50**－

（社福）恩賜財団母子愛育会　総合母子保健センター　　　　　　　　　　　　　　　　　　（事務局用Noにつき記入不要）

特殊ミルク事務局　御中

**特殊ミルク供給申請書**

**代替製品「ロイシン・イソロイシン・バリン除去粉乳（S-50）」用**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　日 | 令和　　　年　　　　月　　　　日 | | | | **貴病院へのミルク到着希望内容** |
| 所　在　地 | 〒 | | | | 月　　　日(　　) 迄に到着希望  　　平日にお届けします |
| 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 |  | |

**下記疾患に対して、次の通り供給されるよう申請致します。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 疾 患 名  （含疑い） | **メープルシロップ尿症** | | | | |
| 患者 ID |  | 性別 | □ 男・□ 女 | 生年月日 | 西暦 　　年 　　月　　日 |

**供給を必要とする特殊ミルク**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） |
| 登　 録　 外 | 雪印メグミルク | Ｓ－５０ | 缶 | g |

**S-50の申請方法**

1. 特殊ミルク供給申請書は主治医が記入し、特殊ミルク事務局へMAIL又はFAXで提出。
2. 特殊ミルク事務局は、供給申請書を基に雪印へ供給を依頼。
3. 雪印から主治医に送付内容（品名・数量・納期）をFAXで返信。
4. 雪印は無償で医療機関へ送付。

**（社福）恩賜財団母子愛育会 総合母子保健センター 特殊ミルク事務局　連絡先**

TEL：03-3473-8333　　FAX：03-3473-1165　MAIL：milk@boshiaiikukai.jp

HP：http://boshiaiikukai.jp/special-milk/

業務時間：8：30～17：00（土・日・祝日・年末年始は休業）

=======以下、雪印記入==========================================================

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受注確認日 | 受注確認者 | 出荷日（納期） | 品名 | 製造番号 | | ﾁｪｯｸ | 出荷先 | 成分表 |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 特記事項 | | | | | 出荷検印欄 | | | |
| 課　長 | | 確認者 | 担当者 |
|  | |  |  |