

※ファックス着信の確認を希望される方はファックス番号をご記入ください。

申込日 年 月 日

(公財)佐世保市中小企業
勤労者福祉サービスセンター

②お申込ご本人名

③TEL

〒 -

TEL ()

様

整理番号

お得意先コード
018-7603

お届け先 1

〒 -

TEL ()

様

G H

商品番号	数量

お届希望時期

7月・8月上旬

7月中旬

8月・7月下旬

送料

のし欄

中 無 不
元 地 要

お届け先 2

〒 -

TEL ()

様

商品番号	数量

お届希望時期

7月・8月上旬

7月中旬

8月・7月下旬

送料

のし欄

中 無 不
元 地 要

お届け先 3

〒 -

TEL ()

様

商品番号	数量

お届希望時期

7月・8月上旬

7月中旬

8月・7月下旬

送料

のし欄

中 無 不
元 地 要

お届け先 4

〒 -

TEL ()

様

商品番号	数量

お届希望時期

7月・8月上旬

7月中旬

8月・7月下旬

送料

のし欄

中 無 不
元 地 要

お届け先 5

〒 -

TEL ()

様

商品番号	数量

お届希望時期

7月・8月上旬

7月中旬

8月・7月下旬

送料

のし欄

中 無 不
元 地 要

☆ご注意 商品番号015・016・017・024の商品は冷凍品の為、ご自宅・事業所からの手配りをご遠慮下さい。

☆ 御のしの件ですが、先様送りにおきましては、作業効率簡素化の為、簡易包装・お名前の記入は致しません。ご協力お願い致します。又自宅送りに関しましては、従来通りご記入・二重包装致します。

☆ 申し込み用紙の足りない場合はコピーしてご利用ください

今後不要