

# 宅配申込書

NPO法人愛知県難病団体連合会

申込年月日 年 月

TEL 052-485-6655 FAX 052-485-6656

ご依頼主 住所・氏名・TEL
様 ☎
〒

(のし紙記入例)

(A)	御 中 元
(B)	山 田

患者会名
所在地
担当者
電話番号

※お届け先のTEL・郵便番号は必ずご記入下さい。

	お届け先住所・氏名・TEL	商品名	数量	宅配料	(A) 欄	(B) 欄	のし不要	備考
1	様 ☎	夏ごころ						
	〒	細糸の舞						
2	様 ☎	夏ごころ						
	〒	細糸の舞						
3	様 ☎	夏ごころ						
	〒	細糸の舞						
4	様 ☎	夏ごころ						
	〒	細糸の舞						
5	様 ☎	夏ごころ						
	〒	細糸の舞						

【宅配料金表】 ※段ボール1ケースの入れ数は夏ごころ8個、細糸の舞6個です ※離島は別途料金になり (税込み)

長崎県内	500	九州管内	600	沖 縄	1,300	中国・近畿・四国	700
東海・北陸	800	関東・信越	900	東 北	900	北海道	1,300