

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 歳 暮
(B)	山 田

患者会名 愛知県難病団体連合会
 所在地 〒453-0041
 名古屋市 中村区 本陣通5-6-1
 地域資源長屋 なかむら101
 担当者 牛田正美
 電話番号 052-485-6655

※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	のし(A)欄	のし(B)欄	のし 不要	備考
1	様 ☎	島原のれん						
	〒	麺のしらべ						
		鯛の奏で						
		ちゃんぽん ・皿うどん						
2	様 ☎	島原のれん						
	〒	麺のしらべ						
		鯛の奏で						
		ちゃんぽん ・皿うどん						
3	様 ☎	島原のれん						
	〒	麺のしらべ						
		鯛の奏で						
		ちゃんぽん ・皿うどん						
4	様 ☎	島原のれん						
	〒	麺のしらべ						
		鯛の奏で						
		ちゃんぽん ・皿うどん						

【宅配料金表】 ※段ボール1ケースの入れ数は、島原のれん・麺のしらべは8個、ちゃんぽん皿うどん・鯛の奏では6個です。 ※離島は別途料金になります

長崎県内	500円	九州管内	600円	沖縄	1,300円	中国・近畿・四国	700円
東海・北陸	800円	関東・信越	900円	東北	900円	北海道	1,300円