

宅配申込書

NPO法人愛知県難病団体連合会

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

申込年月日 年 月

(のし紙記入例)

ご依頼主 住所・氏名・TEL
様 ☎
〒

(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	宅配料	(A)欄	(B)欄	のし 不要	備考
1	様 ☎ 〒	夏ごころ						
		細糸の舞						
		瑞の輝						
		島手ら一めん						
2	様 ☎ 〒	夏ごころ						
		細糸の舞						
		瑞の輝						
		島手ら一めん						
3	様 ☎ 〒	夏ごころ						
		細糸の舞						
		瑞の輝						
		島手ら一めん						
4	様 ☎ 〒	夏ごころ						
		細糸の舞						
		瑞の輝						
		島手ら一めん						

【宅配料金表】 ※段ボール1ケースの入れ数は夏ごころ・瑞の輝・島手ら一めん8個、細糸の舞6個です ※離島は別途料金 (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