

宅 配 申 込 書

NP0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 〆
〒

(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 〆 〒	夏ごころ						
		細糸の舞						
		島原小町						
		瑞の輝						
		島手ら一めん						
2	様 〆 〒	夏ごころ						
		細糸の舞						
		島原小町						
		瑞の輝						
		島手ら一めん						
3	様 〆 〒	夏ごころ						
		細糸の舞						
		島原小町						
		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・島原小町・瑞の輝・島手ら一めんは8個、細糸の舞は6個です。 ※離島は別途料金。(税込み)

長崎県内	600	九州管内	700	沖 縄	1,400	中国・近畿・四国	800
東海・北陸	900	関東・信越	1,000	東 北	1,000	北海道	1,400