中讃勤労者福祉サービスセンター
ふれんど中讃

KODAWARI特産館　商品申込書

FAX：0877-24-7740

《お願い》
・「ご依頼主氏名」欄は会員またはセンター登録家族に限ります。
・お届け先は都道府県名からご記入ください。郵便番号・住所・氏名・電話番号を必ずご記入ください。
・希望の商品番号をご記入ください。
・送料は、県内は一律627円、県外の場合は地域によって異なります。
・配送希望時間帯(①午前中　②14～16時　③16～18時　④18～20時　⑤19～21時)のいずれかを選択してください。

整理番号（センター記入欄）	

会員番号					―				

フリガナ	
会員氏名	

フリガナ	
ご依頼主氏名	
ご依頼主住所	〒　　―
連　絡　先	携帯電話　　（　　）　　勤務先　　（　　）

申込総数	

※ご自宅に送る場合は、住所欄に【自宅】とのみご記入いただき、氏名・数量等をご記入ください。
※配達希望時間帯は、①午前中　②14～16時　③16～18時　④18～20時　⑤19～21時のいずれかの番号をご記入ください。

①お届け先	住　所	〒　　― ☎　　）						
	氏　名		数量		商品番号		配送希望時間	
②お届け先	住　所	〒　　― ☎　　）						
	氏　名		数量		商品番号		配送希望時間	
③お届け先	住　所	〒　　― ☎　　）						
	氏　名		数量		商品番号		配送希望時間	

※この申込書が不足の場合は、コピーしてご利用ください。

《この用紙に記入された個人情報は、当センターの個人情報保護方針に基づき適正な取り扱いをいたします。》