

産直便 冬の味覚 申込書

北海道・沖縄への配送は別途送料がかかります。

申込締切
1月25日(金)

※商品ごとにお届け時期が異なりますのでご注意ください。
※発送の関係上、1つの申込欄につき1つの申込番号をご記入ください。
※宅配便でのお届けのため電話番号も必ずご記入ください。

申込欄①

学校名		組合員名	
学校コード		組合員番号	

お届け先 住所氏名	〒 _____	電話番号： _____	様
	都道 府県	市区 町村	
ご依頼主 住所氏名	〒 _____	電話番号： _____	様
	都道 府県	市区 町村	
申込 番号	商品名	注文数	合計金額 (税込) 円

申込欄②

学校名		組合員名	
学校コード		組合員番号	

お届け先 住所氏名	〒 _____	電話番号： _____	様
	都道 府県	市区 町村	
ご依頼主 住所氏名	〒 _____	電話番号： _____	様
	都道 府県	市区 町村	
申込 番号	商品名	注文数	合計金額 (税込) 円

※申込欄が不足の場合はコピーしてご使用ください。
※ご注文時にいただいた住所・氏名などの情報は、発送業務に利用させていただきます。

ご注文は、フリーFAX

0120-663-638 (茨城県学校生協)