

八天堂のくりーむパン 申込書

申込締切日:3月29日(金)

お届けはご注文から
1~2週間以内となります。

冷凍便

学校名		組合員名	
学校コード		組合員番号	

お届け先⇒ 学校・自宅・その他 (いずれかに○をつけてください。)

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

※商品の返品はできませんのでご了承ください。 ※宅配便での配送になりますので、住所・電話番号を必ずご記入ください。
※申込書が不足の場合はコピーしてご使用ください。

ご注文は、フリーFAX: 0120-663-638 (茨城県学校生協)まで

茨城県学校生活協同組合 水戸市笠原町978-46茨城教育会館1階 TEL:0120-663-648