

ギフト申込書

申込日 年 月 日

お申込人	フリガナ		
	お名前		
	〒 - 都 道 区 府 県 市		
	ご住所		
	自宅電話		FAX
携帯電話		E-mail	

商品名	数量	単価	送料	金額
	個	円	円	円
のし <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 「名前」 「内」にのし表書きを記入してください。				
	個	円	円	円
のし <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 「名前」 「内」にのし表書きを記入してください。				

お届け先	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 大分県労働福祉会館受付にて受け取り <input type="checkbox"/> お届け先指定		配達希望日 年 月 日 配達希望時間 ご使用日 年 月 日
	フリガナ		*カタログ商品のお申込期限は、ご使用日または配達希望日から3か月後です
	お名前		
	〒 - 都 道 区 府 県 市		
	ご住所		
自宅電話		FAX	
携帯電話		E-mail	

お支払方法	<input type="checkbox"/> 現金支払 【領収書宛名】 <input type="checkbox"/> お申込人名 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 銀行振込 【請求書宛名】 <input type="checkbox"/> お申込人名 <input type="checkbox"/> その他
	【請求書送付方法】 <input type="checkbox"/> mail(PDF) <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> FAX
	送付先がお申込人以外の場合 _____ <input type="checkbox"/> 振込予定日 年 月 日

お問合せ お申込み 一般社団法人 大分県労働福祉会館

TEL 097-533-1121