

申 込 書

お 申 込 日	年 月 日
お 届 希 望 日	年 月 日

ご依頼主	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	『のし紙について』 ご希望の指定項目に○を お付け下さい。 おし無の場合、 不要に○をつけて下さい
	都道市区 府県郡	
	電話() - FAX() -	
お名前	ふりがな	様

①お届け先	お名前	ふりがな	番号	品 名	数量	のし指定
	様					外のし・内のし 不要
ご住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	電話番号() -				お中元・無地のし その他
	都道市区 府県郡	名前 入・無 ()				

②お届け先	お名前	ふりがな	番号	品 名	数量	のし指定
	様					外のし・内のし 不要
ご住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	電話番号() -				お中元・無地のし その他
	都道市区 府県郡	名前 入・無 ()				

③お届け先	お名前	ふりがな	番号	品 名	数量	のし指定
	様					外のし・内のし 不要
ご住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	電話番号() -				お中元・無地のし その他
	都道市区 府県郡	名前 入・無 ()				

④お届け先	お名前	ふりがな	番号	品 名	数量	のし指定
	様					外のし・内のし 不要
ご住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	電話番号() -				お中元・無地のし その他
	都道市区 府県郡	名前 入・無 ()				

◇お問合せ・お申込み◇

社会福祉法人 島原市手をつなぐ育成会 販売部 (ネットワークセンターひかり内)

〒855-0854 長崎県島原市萩が丘二丁目5715番1

電話(0957)62-7143 FAX(0957)63-1610 E-mail : network-hikari@shimabarashi-ikuseikai.or.jp