申込書（団体様）

お申込日	年　月　日
お届希望日	年　月　日

ご依頼主	ご住所	〒□□□－□□□□　電話番号（　　）　－ 都道府県　市区郡
	お名前	ふりがな 様

（ご担当者様名：　　様）

	お名前	番号	品名	価格	数量	金額	備考 ：包装、のしの有無等
							包装→なし・あり のし→なし・あり（　　）

◆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
〒855-0854　長崎県島原市萩が丘二丁目5715番1
TEL：(0957)62-7143　FAX：(0957)63-1610
E-mail ： network-hikari@shimabarashi-ikuseikai.or.jp