

かご盛注文書

お申込み日	月	日
-------	---	---

お届け先	ご住所	ご住所
	お電話 必ずご記入下さい。 — —	お電話 必ずご記入下さい。 — —
	ご氏名 様	ご氏名 様
	組織・団体名	組織・団体名

宅配のお申込み期限は... **7月末日まで**

※送料無料

商品名	金額	数量
KL — 300	31,500 円(税込)	
KL — 200	21,000 円(税込)	
KL — 150	15,750 円(税込)	
KT — 150	15,750 円(税込)	
KS — 150	15,750 円(税込)	
K — 120	12,600 円(税込)	
KH — 100	10,500 円(税込)	
KL — 100	10,500 円(税込)	
KS — 100	10,500 円(税込)	
KT — 100	10,500 円(税込)	
K — 100	10,500 円(税込)	
KA — 100	10,500 円(税込)	
K — 80	8,400 円(税込)	
K — 60	6,300 円(税込)	
F — 2	12,600 円(税込)	

<p>記帳名 お供え札に入れる名前を記入して下さい。 誤字・脱字のないように注意して下さい。</p>
<p>特記事項 配達指定等ございましたら、ご記入下さい</p>

「お問い合わせ・お申込み」

一般社団法人 **大分県労働福祉会館**
(全労済ソレイユ管理・運営)

大分県大分市中央町4丁目2番5号
TEL 097-533-1121 FAX 097-533-2130