

宅配申込書

NPO法人愛知県難病団体連合会

申込年月日 年 月

TEL 052-485-6655 FAX 052-485-6656

ご依頼主 住所・氏名・TEL
様 ☎
〒

(のし紙記入例)

(A)	御歳暮
(B)	山田

患者会名 愛知県難病団体連合会
 所在地 〒453-0041
 名古屋市中村区本陣通5-6-1
 地域資源長屋なかむら101
 担当者 牛田正美
 電話番号 052-485-6655

※お届け先のTEL・郵便番号は必ずご記入下さい。

お届け先住所・氏名・TEL		商品名	数量	宅配料	のし(A)欄	のし(B)欄	のし不要	備考
1	様	ちゃんぽん・皿うどん						
		☎	島手らーめん					
		〒	島原のれん					
			麵のしらべ					
			鯛の奏で					
2	様	ちゃんぽん・皿うどん						
		☎	島手らーめん					
		〒	島原のれん					
			麵のしらべ					
			鯛の奏で					
3	様	ちゃんぽん・皿うどん						
		☎	島手らーめん					
		〒	島原のれん					
			麵のしらべ					
			鯛の奏で					

【宅配料金表】※段ボール1ケースの入れ数は島原のれん・麵のしらべ・島手らーめんは8個、ちゃんぽん皿うどん・鯛の奏では6個です。 ※離島は別途料金。

長崎県内	600	九州管内	700	沖縄	1,400	中国・近畿・四国	800
東海・北陸	900	関東・信越	1,000	東北	1,000	北海道	1,400