

個 別 発 送 依 頼 書

団体名

担当者名

TEL

お届け先	〒		商品No.	商品名	数量	金額	お届け希望日	ご依頼主様	〒	
	住所						月 日		住所	
	TEL	※					<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 12時～14時 <input type="checkbox"/> 14時～16時 <input type="checkbox"/> 16時～18時 <input type="checkbox"/> 18時～20時		TEL	※
	フリガナ								フリガナ	
	氏名								氏名	様
のし	<input type="checkbox"/> 御中元 <input type="checkbox"/> 御歳暮 <input type="checkbox"/> 無地 <input type="checkbox"/> 他()			名入	※ 電話番号は必ずご記入下さい。					

お届け先	〒		商品No.	商品名	数量	金額	お届け希望日	ご依頼主様	〒	
	住所						月 日		住所	
	TEL	※					<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 12時～14時 <input type="checkbox"/> 14時～16時 <input type="checkbox"/> 16時～18時 <input type="checkbox"/> 18時～20時		TEL	※
	フリガナ								フリガナ	
	氏名								氏名	様
のし	<input type="checkbox"/> 御中元 <input type="checkbox"/> 御歳暮 <input type="checkbox"/> 無地 <input type="checkbox"/> 他()			名入	※ 電話番号は必ずご記入下さい。					

お届け先	〒		商品No.	商品名	数量	金額	お届け希望日	ご依頼主様	〒	
	住所						月 日		住所	
	TEL	※					<input type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 午前中 <input type="checkbox"/> 12時～14時 <input type="checkbox"/> 14時～16時 <input type="checkbox"/> 16時～18時 <input type="checkbox"/> 18時～20時		TEL	※
	フリガナ								フリガナ	
	氏名								氏名	様
のし	<input type="checkbox"/> 御中元 <input type="checkbox"/> 御歳暮 <input type="checkbox"/> 無地 <input type="checkbox"/> 他()			名入	※ 電話番号は必ずご記入下さい。					

株式会社 エイコー食品

TEL092-551-7878

FAX092-551-0530