

事務局長	担 当	台 帳

様式第 2 1 号

榛南地区勤労者共済会

ク リ ス マ ス ケ ー キ 申 込 書

年 月 日

榛南地区勤労者共済会会長 様

事業所番号
(会員番号5桁)

事業所名

電話番号

榛南地区勤労者共済会が斡旋するクリスマスケーキを購入したいので、下記のとおり申し込みます。

記

個人番号 (3桁記入)			会 員 氏 名 (個々に記入) 連絡先を記入	引換希望日 (12/20～25)	店 舗 名	ケ ー キ 品 名	号 数	会員価格 (税込)
			連絡先	日			号	円
			連絡先	日			号	円
			連絡先	日			号	円
			連絡先	日			号	円
			連絡先	日			号	円
			連絡先	日			号	円

注 意 事 項	※ 事務局への提出は、FAX(0548-22-9672)又は郵送でもOKです。
	※ 受付は先着順で、定数になり次第締め切ります。先着漏れの方のみ電話連絡します。
	※ 購入が確定した方には、12月中旬に「クリスマスケーキ引換券」を送付します。