

# 1

# X

# PAS

# X18-10

FAX

06-6633-2086

氏名 (フリガナ)	*郵便番号・電話番号は必ずご記入してください	住所	数
	□□□□ - □□□□		
		☎ お届けに伴う日中のご連絡先(必須) ( ) -	
	□□□□ - □□□□		
		☎ お届けに伴う日中のご連絡先(必須) ( ) -	
	□□□□ - □□□□		
		☎ お届けに伴う日中のご連絡先(必須) ( ) -	
	□□□□ - □□□□		
		☎ お届けに伴う日中のご連絡先(必須) ( ) -	
	□□□□ - □□□□		
		☎ お届けに伴う日中のご連絡先(必須) ( ) -	
	□□□□ - □□□□		
		☎ お届けに伴う日中のご連絡先(必須) ( ) -	
	□□□□ - □□□□		
		☎ お届けに伴う日中のご連絡先(必須) ( ) -	

( )

受付印

---

( )

---

受付No.

必ず所長の署名及び印鑑を捺してください。  
 ゴム印か所長印でも結構です。それ以外は無効となります。

FAX送信の通しNo. ( 総数 )枚の( )枚目 年 月 日