

# タイガーマスク基金専用「チャリティギフト」FAX 申込書

①下記の太枠内にご記入いただき、専用受付 FAX までお申し込みください。  
(送付状は不要です。本状のみ送信してください。申込書は大切に保管してください。)

②商品代金に送料を加算した金額を、右記口座にお振り込みください。  
(払込手数料のご負担をお願いいたします。)  
⇒入金確認後、約 1 週間でお届けします。

※お届け希望日の 1 週間前までにご注文ください。

高知銀行 伊野支店

(普) 541745

トクビ) ヒダカワノカイ リジョウ ハマダ ヨシサ  
特非) 日高わのわ会 理事長 濱田 善久

■ 申込日: 年 月 日

ご依頼主	お名前	フリガナ	お電話	
	ご住所	フリガナ 〒 都道府県		

お届け先 1	お名前	フリガナ	お電話	
	ご住所	フリガナ 〒 都道府県		
	ご注文数量	A: 単価 3,100 円 × 個 B: 単価 4,200 円 × 個	①商品代金 _____ 円 (数量 × 商品単価)      ②送料 _____ 円	合計金額 1 (①+②) _____ 円
熨斗のご指定	<input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を入れて、個数を明記し、お名前を入れる場合は、名入れ欄にご記入ください。 <input type="checkbox"/> 誕生祝 _____ 個: 名入れ( ) <input type="checkbox"/> 父の日 _____ 個: 名入れ( ) <input type="checkbox"/> お中元 _____ 個: 名入れ( )			

お届け先 2	お名前	フリガナ	お電話	
	ご住所	フリガナ 〒 都道府県		
	ご注文数量	A: 単価 3,100 円 × 個 B: 単価 4,200 円 × 個	①商品代金 _____ 円 (数量 × 商品単価)      ②送料 _____ 円	合計金額 2 (①+②) _____ 円
熨斗のご指定	<input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を入れて、個数を明記し、お名前を入れる場合は、名入れ欄にご記入ください。 <input type="checkbox"/> 誕生祝 _____ 個: 名入れ( ) <input type="checkbox"/> 父の日 _____ 個: 名入れ( ) <input type="checkbox"/> お中元 _____ 個: 名入れ( )			

お届け先 3	お名前	フリガナ	お電話	
	ご住所	フリガナ 〒 都道府県		
	ご注文数量	A: 単価 3,100 円 × 個 B: 単価 4,200 円 × 個	①商品代金 _____ 円 (数量 × 商品単価)      ②送料 _____ 円	合計金額 3 (①+②) _____ 円
熨斗のご指定	<input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> を入れて、個数を明記し、お名前を入れる場合は、名入れ欄にご記入ください。 <input type="checkbox"/> 誕生祝 _____ 個: 名入れ( ) <input type="checkbox"/> 父の日 _____ 個: 名入れ( ) <input type="checkbox"/> 母の日 _____ 個: 名入れ( )			

払込金額(合計金額 1+合計金額 2+合計金額 3)	_____ 円
----------------------------	---------

お申込承り日: 年 月 日	受付担当: _____
---------------	-------------

お申込専用 FAX : **0889(20)1722**