

(株) に し ば た 行
(FAX : 06-6354-0762)

申込日
平成 26 年 月 日

受付 No.

○○○ カレンダー申込用紙 ○○○

お客様名			
住 所	〒 () - () 都道 府 県	市郡 区	
電 話	☎ () -	FAX () -	
お届け先 <small>※上記と異なる場合のみご記入下さい</small>	お届け先名		☎ () -
	〒	都道 府 県	市郡 区
《納品希望日》 11月・12月 (10日・20日・月末) 頃 (いずれかを○でお囲み下さい)			

○希望商品記入欄

商品 No.	銘 柄	部 数	単 価	金 額
		部	円	円
		部	円	円
		部	円	円
			合 計	円

名入れ
見本

一般社団法人 佐賀県損害保険代理業協会正会員
火災・自動車・傷害・生命保険・その他各種保険取扱

にしばた保険事務所

〒(000)-(0000) 大阪市北区天神橋 00 丁目 00-00
TEL(06)0000-0000 FAX(06)0000-0000

○名入れ原稿記入欄【 1.前年と同じ 2.変更あり 3.新規 】

※前年と同じ原稿で印刷する場合は原稿記入欄へ記入して頂く必要はありません。

佐賀県損害保険代理業協会正会員マークを印刷 【 する ・ しない 】 (いずれかを○でお囲み下さい)	
取り扱い種目	
代理店名	
住所	〒 () - ()
TEL	() -
FAX	() -

一般社団法人 佐賀県損害保険代理業協会
TEL 0952-37-8431
FAX 0952-37-8432

(株) に し ば た 行

(FAX : 06-6354-0762)

申込日

平成 26 年 月 日

受付 No.

タオル申込用紙

お客様名			
住 所	〒 () - ()	都道 府 県	市郡 区
電 話	☎ ()	-	FAX () -
お届け先	お届け先名		☎ () -
※上記と異なる場合のみご記入下さい	〒	都道 府 県	市郡 区

※ 名入れ原稿校了後、約 3 週間でお届けさせていただきます。

ご希望商品記入欄

商品 No.	銘 柄	本 数	単 価	金 額
		本	円	円
		本	円	円
		本	円	円
			合 計	円

名入れ
見本

に し ば た 保 険 事 務 所

〒(000)-(0000) 大阪市北区天神橋 00 丁目 00-00

TEL(06)0000-0000 FAX(06)0000-0000

名入れ原稿記入欄【 1. 前回と同じ 2. 変更あり 3. 新規 】(いずれかを○でお囲み下さい)

※前回と同じ原稿で印刷する場合は原稿記入欄へ記入して頂く必要はありません。

代理店名			
住 所	〒 () - ()		
TEL	()	-	
FAX	()	-	

一般 佐賀県損害保険代理業協会
社団法人

TEL 0952-37-8431

FAX 0952-37-8432