**共同購入申込書**　職場お届け

|  |  |
| --- | --- |
| チラシNO. | 725 |

**「ハーベスト7月号」**

**表示税込価格から10％割引 します。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所 属 名 | （　　　　　階） | 所属ｺｰﾄﾞ |  |
| 電話番号 | （内線　　　　　　） | ご担当者 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　名 | 職員番号 | 申込番号 | 商　品　名 | | 数量 | 税込価格 | 合計金額 |
| 1 |  |  |  |  | |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  | |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  | |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  | |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  | |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  | |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  | |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  | |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  | |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  | |  |  |  |
|  | | | | | 総合計金額 | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ご注文〆切期日 | ６月２２日（木） | 受付日　　　　月　　　日 | |
| お届け予定 | ７月 | 受領日　　　　月　　　日 | |
| お支払い予定 | ８月給与口座払い | 受領印 |  |

お問い合わせ：群馬県庁生協「諸星・依田」までご連絡ください。

電話：０２７-２２３-８３５７　　FAX：０２７-２２１-４０２９　　県庁内線：４８０９

●お届けの商品は、賞味期限の半分を有したもの基準としております。（配達の関係上、ご理解ください）

|  |  |
| --- | --- |
| 通信欄 |  |