ふるさとの香り（愛南町特産品）希望連絡票

〇ご注文日：　　年　　月　　日　　ＦＡＸ番号（０８９５）７２－３５１７

寄附者お名前 （記入必須）	様　　ID-		
寄附者ご住所 （記入必須）	〒　　－　　〔連絡先〕　　－　　－		
寄附金額	円	選択可能 コース	

希望特産品 （記入必須）	番号	特産品名	配達希望日
	5601－		希望なし・平日・土日祝
	5601－		希望なし・平日・土日祝
	5601－		希望なし・平日・土日祝
	5601－		希望なし・平日・土日祝
	5601－		希望なし・平日・土日祝

ご記入方法

①ご希望の「番号」及び「特産品名」をご記入ください。
　なお、お届け日をご指定される場合は、「配達希望日」もご記入ください。
②配達希望時間をご指定される場合は、ご希望される「配達希望時間」を〇囲みください。
　〔　午前　・　午後　・　夜間　〕
③不在期間がある場合には以下にご記入ください。
　（不在期間：　　）
④原則として、受領証明書記載ご住所へ特産品を配達いたします。
　上記寄附者ご住所以外への配達をご希望される場合は、「配達先」をお知らせください。

上記寄附者ご住所以外への配達先（記入必須）

ご住所	〒　　―
お名前	
連絡先	―　　―

注１　出荷時期が限られている特産品は、お待ちいただく場合があります。
注２　発送した特産品が不在等で配達できなかった場合、再発送できない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

愛南町