

家庭常備薬等の斡旋について

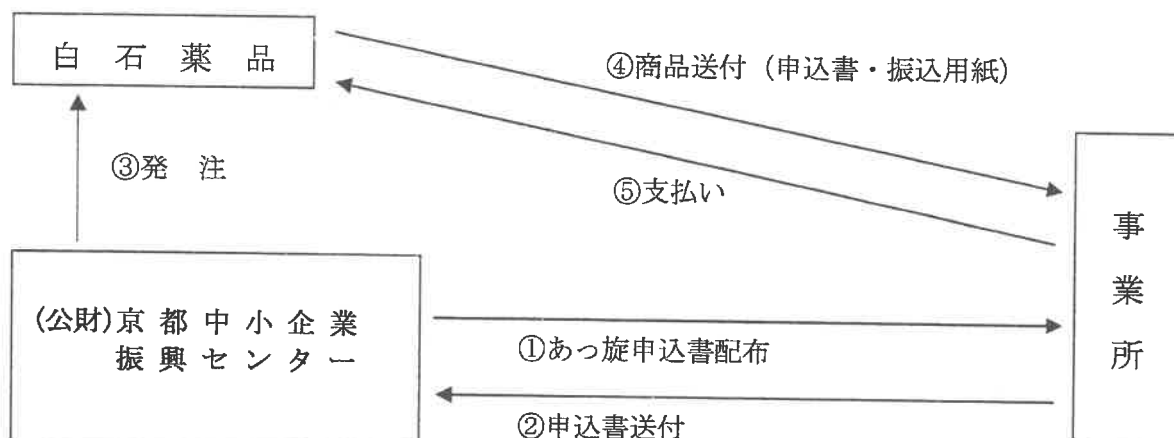
会員並びにご家族の皆様の健康管理と生活防衛もまた自主福祉活動の一環ととらえ、格安で家庭常備薬等の斡旋を下記のとおり致しますので、この機会に是非ご利用ください。

記

1. 対 象 者 全 員 **不足分はコピーしてください。**
2. 申込締切日 10月4日(金)迄 (**必 着**)
3. 申 込 方 法 申込書は右半分を切り取り、別紙の「あつ旋申込取りまとめ書」を添付し同送の封筒にて(公財)京都中小企業振興センターへお送りください。
※事業所内で課毎又は階毎に納品を希望される場合は、申込書をそれ毎にまとめて「あつ旋申込取りまとめ書」をコピーして添付してください。
※取りまとめいただく際、**集計は必要ありません。**
※電話・FAXでのお申込はご遠慮ください。
4. 現 品 配 布 2019年11月上旬頃 予定(送料無料)
各事業所(会社)へ直送、又事業所内で(課毎階毎)等に分けて納品致します。
5. 支 払 方 法 現品到着後、同封のコンビニ・郵便振替用紙にて一括おとりまとめのうえ、白石薬品(株)宛お振込みください。

※商品の過不足、不良品、取扱いなどのお問い合わせは下記の業者へ直接ご連絡ください。

取 扱 業 者 〒578-0954 東大阪市横枕12番19号
白石薬品(株) 京都中小企業振興センター係
Tel 072-961-7471



あっ旋申込取りまとめ書

《ご担当者様へのお願い》

この用紙は直接機械で読み込ませて、商品の発送・配達時に縮小して使用しますので
赤枠内に大きくはっきりと、はみ出さぬようご記入ください。

また、発送の際に大変重要な用紙ですので、お申し込みの際にはこの取りまとめ用紙を必ず添付してください。

↓この欄は業者記入欄につき、記入しないでください。

申込書枚数

枚

郵便番号

所在地

都道府県名からご住所をご記入ください。

※ビル等の場合、ビル名、階数、部屋番号を住所の末尾にご記入ください。

電話番号

※ゴム印は使用しないでください。

事業所名

直接機械で読み込まれますので

枠内にていねいにご記入ください。

担当者名

※ゴム印は使用しないでください。