

# チケット等申込書(11月)

共済会 FAX: 54-8475

TEL: 54-8495

☆申込受付は、11月1日午前8:30からです。

☆送信状況が悪い場合は、届いたかどうかご確認ください。

送信日 11 月 日

事業所番号(上4ケタ) \_\_\_\_\_ 担当者名 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_ 支店・施設名 \_\_\_\_\_

連絡先TEL \_\_\_\_\_ 返信先FAX \_\_\_\_\_

※FAX番号にお間違いがないか、今一度ご確認ください。

※決定通知を FAX する際、ご記入いただいた番号に届かない場合は事業所代表番号へお送りします。

|                 |           |
|-----------------|-----------|
| チケット名<br>(1つ記入) | 「 _____ 」 |
|-----------------|-----------|

- 1 申込が斡旋数を超えた場合は抽選となります。
- 2 第1希望・第2希望…がある等は備考欄にご記入ください。また、席種・券種等必ずご記入ください。
- 3 抽選の結果、当選者には「決定通知」を、残念ながら落選された方には「落選通知」をお送りします。
- 4 申込資格: 会員のみ (1人4枚まで、別に記載されたものを除く)
- 5 申込締切: 毎月20日 (別に記載されたものを除く)
- 6 申込締切日をもって商品を発注するため、締切日以降のキャンセルはできません。
- 7 隣席希望の場合はお一人の会員番号で申してください。別々で申込された場合は離れた席となります。

## 【備考】

| No | 個人番号<br>(下4ケタ) | 会 員 氏 名 | 公演日<br>又は<br>試合日 | 開演時間<br>開始時間 | 席種・券種<br>※大人、こども、S、A、<br>内野、外野、金額など | 申込数<br>※枚か組に<br>○をつける |
|----|----------------|---------|------------------|--------------|-------------------------------------|-----------------------|
| 1  |                |         | /                | :            |                                     | 枚<br>組                |
| 2  |                |         | /                | :            |                                     | 枚<br>組                |
| 3  |                |         | /                | :            |                                     | 枚<br>組                |
| 4  |                |         | /                | :            |                                     | 枚<br>組                |

# 鉄道乗車ICカードチャージ料 補助申請書

(あて先) 公益財団法人 岡崎幸田勤労者共済会

： 年 月 日  
※ 1 月 20 日必着

本書のとおり、鉄道乗車ICカードチャージ料補助事業！について証明し、補助金の支給を申請します。

|         |                                                                  |   |     |
|---------|------------------------------------------------------------------|---|-----|
| 実行日：    | 年 月 日                                                            |   |     |
| 申請者：    | 会員番号：                                                            | — | 氏名： |
| 事業所連絡先： | TEL                                                              |   | FAX |
| 補助内容：   | ・5,000円チャージ → 500円補助    ・10,000円チャージ → 1,000円補助<br>(上限1,000円の補助) |   |     |
| 申請補助金額： | 円                                                                |   |     |
| 個人通知：   | ECサイトにてお知らせいたします。※個別のFAX通知はできません。                                |   |     |

※個人通知は EC サイトの通知または、メールアドレスへの通知となります。

|       |                  |
|-------|------------------|
| 支給方法： | 給付金及び助成金等の振込指定口座 |
|-------|------------------|

| 注意事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <p>【注意事項】※添付資料はこちらへ剥がれないように貼付してください。</p> <p>1 領収書は” 原本 ” 貼付。 ※コピー不可</p> <p>2 領収書が無い場合は、チャージ端末から利用明細を発行し” 原本 ” 貼付。</p> <p>3 モバイルsuicaの方はパソコンのモバイルsuicaサイト<br/>会員メニューのご利用明細書（領収書）を印刷し添付。コンビニでチャージした場合、レシートでも可</p> <p>4 デPOSIT代（カード発行手数料）は除く<br/>(例：デPOSIT500円を含む10,000円の支払いは9,500円のチャージとなり、500円の補助<br/>となります)</p> <p>5 申請は1人1枚のカード（複数回の入金可）とさせていただきます。<br/>各ICカードの上限額はご自身でご確認のうえ、計画的にチャージを行ってください</p> |                                                                   |
| 添付資料                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 上記の補助申請は、事実と相違ないことを証明します。<br>※ 2 枚目以降は省略可<br><br>事業所名<br><br>代表者名 |

# 物品申込書(11月用)

共済会 FAX:54-8475

TEL:54-8495

☆申込受付は、11月1日午前8:30からです。

☆送信状況が悪い場合は、再度送り直してください。

送信日 11月 日

事業所番号(上4ケタ)

担当者名

事業所名

施設名

連絡先TEL

返信先FAX

※FAX番号にお間違いがないか、今一度ご確認願います。

※決定通知をFAXする際、ご記入いただいた番号へ届かない場合は事業所代表番号へお送りします。

「 花火×ろうそく×音楽 ドリームキャンドルデラックスの幹旋 」

| No | 個人番号<br>(下4ケタ) | 会 員 氏 名 | 申込数<br>(1人1個まで) |
|----|----------------|---------|-----------------|
| 1  |                |         | 個               |
| 2  |                |         | 個               |
| 3  |                |         | 個               |
| 4  |                |         | 個               |
| 5  |                |         | 個               |
| 6  |                |         | 個               |

☆申込締切は毎月20日(別に記載されたものを除く)

☆申込が幹旋数を超えた場合は抽選とさせていただきます。

☆抽選の結果、当選された方には「購入決定通知」を、残念ながら落選された方には「落選通知」をお送りします。当月末を過ぎて、どちらの通知も届かない場合はお手数ですがご連絡ください。

☆購入資格:会員のみに

<注意> 申込締切日をもって商品を発注するため、締切日以降のキャンセルはできません。

# 教室・イベント等参加申込書(11月)

共済会 FAX:54-8475

TEL:54-8495

☆申込受付は、11月1日午前8:30からです。

☆送信状況が悪い場合は、届いたかご確認ください。

送信日 11月 日

事業所番号(上4ケタ) \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

施設名 \_\_\_\_\_

連絡先TEL \_\_\_\_\_

返信先FAX \_\_\_\_\_

※FAX番号にお間違いがないか、今一度ご確認ください。

※決定通知をFAXする際、記入いただいた番号に届かない場合は事業所代表番号へお送りします。

## 「作って飾ろう!冬のハンドメイド教室」

| No | 個人番号<br>(下4ケタ) | 区 分<br>(該当に○)  | 参加者氏名 | 当日連絡先携帯<br>(代表者のみ) | 参加種別<br>☑してください<br>※両方参加可 |
|----|----------------|----------------|-------|--------------------|---------------------------|
| 1  |                | 会員 家族<br>一般同伴者 |       |                    | ①ミニクリスマスツリー □<br>②しめ縄 □   |
| 2  |                | 会員 家族<br>一般同伴者 |       |                    | ①ミニクリスマスツリー □<br>②しめ縄 □   |
| 3  |                | 会員 家族<br>一般同伴者 |       |                    | ①ミニクリスマスツリー □<br>②しめ縄 □   |
| 4  |                | 会員 家族<br>一般同伴者 |       |                    | ①ミニクリスマスツリー □<br>②しめ縄 □   |
| 5  |                | 会員 家族<br>一般同伴者 |       |                    | ①ミニクリスマスツリー □<br>②しめ縄 □   |
| 6  |                | 会員 家族<br>一般同伴者 |       |                    | ①ミニクリスマスツリー □<br>②しめ縄 □   |

☆申込締切は毎月20日(別に記載されたものを除く)

☆申込多数の場合は、グループ単位(上限6名)での抽選となります。

☆1グループ1枚の申込書をご使用ください。

☆抽選の結果、当選者には「決定通知」を、残念ながら落選された方には「落選通知」をお送りします。

☆参加資格:会員・登録家族・一般同伴者

☆参加決定後のキャンセルは、基本的にお断りさせていただきます。

# 教室・イベント等参加申込書(11月)

共済会 FAX:54-8475

TEL:54-8495

☆申込受付は、11月1日午前8:30からです。

☆送信状況が悪い場合は、届いたかご確認ください。

送信日 11月 日

事業所番号(上4ケタ) 担当者名

事業所名 支店・施設名

連絡先TEL 返信先FAX

※FAX番号にお間違いがないか、今一度ご確認ください。

※決定通知をFAXする際、ご記入いただいた番号に届かない場合は事業所代表番号へお送りします。

## 「 フラワーアレンジメント教室 」

| No | 個人番号<br>(下4ケタ) | 区 分<br>(該当に○)  | 参加者氏名 | 当日連絡先携帯<br>(代表者のみ) |
|----|----------------|----------------|-------|--------------------|
| 1  |                | 会員 家族<br>一般同伴者 |       |                    |
| 2  |                | 会員 家族<br>一般同伴者 |       |                    |
| 3  |                | 会員 家族<br>一般同伴者 |       |                    |
| 4  |                | 会員 家族<br>一般同伴者 |       |                    |
| 5  |                | 会員 家族<br>一般同伴者 |       |                    |
| 6  |                | 会員 家族<br>一般同伴者 |       |                    |
| 7  |                | 会員 家族<br>一般同伴者 |       |                    |

※開催時間 …17:30~20:30 (作品完成までの主要時間は約90分)

☆申込締切は毎月20日(別に記載されたものを除く)

☆申込者多数の場合は抽選とさせていただきます。

☆1グループ1枚の申込書をご使用ください。

☆抽選の結果、当選者には「決定通知」を、残念ながら落選された方には「落選通知」をお送りします。

☆参加資格:会員・登録家族・一般同伴者

☆参加決定後のキャンセルは、基本的にお断りさせていただきます。

# 【岡崎幸田勤労者共済会】岡崎ニューグランドホテルおせち申込書

申込締切日11月20日

|      |   |    |  |
|------|---|----|--|
| 会員番号 | - | 氏名 |  |
|------|---|----|--|

ご自宅へのお届けは、一般価格15,000円以上のご注文で承ります。  
尚、誠に勝手ながらご自宅のお届けは午前9:00～午後1:00の間に伺いますが、  
お時間の指定はお受けできません。予めご了承くださいませようお願い申し上げます。  
ホテルお渡しは待ち時間が少なくご案内可能でございます。

ニュースの訂正について 以下2点につきまして、謹んで訂正いたします。

※ホテル引渡し場所について 2F特設コーナー となります。

※お引渡しは12月31日 午前9:30～午後3:00までとなります。

## ◇おせち料理種類

【ひとりじめ重】 . . . . . 7,000円 (税込)  
【和風ミニおせち二段】 . . . . . 13,000円 (税込)  
【和風二段】 . . . . . 22,000円 (税込)  
【和洋二段】 . . . . . 22,000円 (税込)  
【和洋三段】 . . . . . 31,000円 (税込)  
【洋食オードブル】 . . . . . 13,000円 (税込)  
【スイーツおせち】 . . . . . 8,500円 (税込)

## ◇お申し込み方法

WEBサイトまたはFAXでお申込みください。  
FAX (0564) 54-8475

|      |   |    |   |
|------|---|----|---|
| 整理番号 | ★ | 担当 | ★ |
|------|---|----|---|

|               |                    |                            |                   |                      |                   |                          |                         |
|---------------|--------------------|----------------------------|-------------------|----------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------|
|               | おせち料理申し込み表         |                            |                   |                      |                   |                          |                         |
| お名前           |                    |                            |                   |                      |                   |                          |                         |
| ご住所           | 〒                  |                            |                   |                      |                   |                          |                         |
| お電話           |                    |                            |                   | FAX                  |                   |                          |                         |
| E-mail        |                    |                            |                   |                      |                   |                          |                         |
| お受取り          | ご自宅お届け             |                            |                   | ホテルお渡し ( 時頃)         |                   |                          |                         |
| おせち種類         | ひとりじめ重<br>(7,000円) | 和風ミニ<br>おせち二段<br>(13,000円) | 和洋二段<br>(22,000円) | 和風二段<br>(22,000円)    | 和洋三段<br>(31,000円) | 洋食<br>オードブル<br>(13,000円) | スイーツ<br>おせち<br>(8,500円) |
| 個数            |                    |                            |                   |                      |                   |                          |                         |
| 合計金額          | ¥                  |                            |                   |                      |                   |                          |                         |
| お支払い方法        | 共済会<br>窓口支払        | 事前振込                       | お振込み先<br>12月10日締切 | 結果通知記載の振込先にお振込みください。 |                   |                          |                         |
| 丸をお付け<br>ください |                    |                            |                   |                      |                   |                          |                         |

太枠の内側をご記入ください。★の枠はホテルスタッフが記入いたします。

# 商品申込書(11月)

共済会 FAX:54-8475

TEL:54-8495

☆申込受付は、11月1日午前8:30からです。

☆送信状況が悪い場合は、再度送り直してください。

送信日 11月 日

会員番号(8ケタ) — 担当者名

事業所名 施設名

連絡先TEL 返信先FAX

迎春の卓を華やかに彩る おせち

蒲郡クラシックホテル ・ ホテルトヨタキャッスル用

【注意】岡崎ニューグランドホテルは専用用紙でお申込ください。

|          |                        |    |
|----------|------------------------|----|
| ホテル名(○を) | 蒲郡クラシックホテル ホテルトヨタキャッスル |    |
| おせち種類    |                        |    |
| 受取方法(○を) | ホテル渡し                  | 配達 |

※配達には別途送料 1,500 円がかかります(本州のみ)。配達時間:8:00~20:00、時間指定不可  
※配達時間等についてホテル側よりお電話させていただく場合がございます。

|                 |   |   |
|-----------------|---|---|
| (フリガナ)<br>申込者氏名 |   |   |
| 住 所<br>(お届け先)   | 〒 | — |
| 携帯番号            | — | — |

☆申込締切は毎月20日(別に記載されたものを除く)

☆申込資格:会員のみ(各ホテル1人1セットまで)

☆申込締切日以降のキャンセルは、お断りさせていただきます。

☆ご記入いただいた個人情報は、おせち料理をお届けする目的のみに使用させていただきます。

# 商品申込書(11月)

共済会 FAX:54-8475

TEL:54-8495

☆申込受付は、11月1日午前8:30からです。

☆送信状況が悪い場合は、届いたかご確認ください。

送信日 11月 日

事業所番号(上4ケタ) 担当者名

事業所名 支店・施設名

連絡先TEL 返信先FAX

※FAX番号にお間違いがないか、今一度ご確認ください。

※決定通知をFAXする際、ご記入いただいた番号に届かない場合は事業所代表番号へお送りします。

## 「サーティワン Xmas アイスクリームケーキの斡旋」

| No | 個人番号<br>(下4ケタ) | 会員氏名 | 商品番号と引換希望日を記入し、店舗をご指定ください |       |           |         |
|----|----------------|------|---------------------------|-------|-----------|---------|
|    |                |      | 商品番号                      | 引換希望日 | 引換店舗      |         |
| 1  |                |      |                           | /     | 竜美ヶ丘店     | 北岡崎店    |
|    |                |      |                           |       | イオンモール岡崎店 | アピタ岡崎北店 |
| 2  |                |      |                           | /     | 竜美ヶ丘店     | 北岡崎店    |
|    |                |      |                           |       | イオンモール岡崎店 | アピタ岡崎北店 |
| 3  |                |      |                           | /     | 竜美ヶ丘店     | 北岡崎店    |
|    |                |      |                           |       | イオンモール岡崎店 | アピタ岡崎北店 |
| 4  |                |      |                           | /     | 竜美ヶ丘店     | 北岡崎店    |
|    |                |      |                           |       | イオンモール岡崎店 | アピタ岡崎北店 |

★引換希望日は、12月23日(火)～12月25日(木)の中から選択してください

☆申込締切は毎月20日(別に記載されたものを除く)

☆申込が斡旋数を超えた場合は、抽選とさせていただきます。

☆抽選の結果、当選者には「決定通知」を、残念ながら落選された方には「落選通知」をお送りします。

☆申込資格:会員のみ(1人1台まで)

＜注意＞申込締切日をもって商品を発注するため、締切日以降のキャンセルはできません。

# 商品申込書(11月)

共済会 FAX:54-8475

TEL:54-8495

☆申込受付は、11月1日午前8:30からです。

☆送信状況が悪い場合は、届いたかご確認ください。

送信日 11月 日

事業所番号(上4ケタ) 担当者名

事業所名 支店・施設名

連絡先TEL 返信先FAX

※FAX番号を今一度ご確認ください。

※決定通知のFAXをする際、ご指定の番号に届かない場合は事業所の代表FAXへお送りいたします。

## 「ホテルトヨタキャッスルからクリスマスケーキの斡旋」

| No | 個人番号<br>(下4ケタ) | 会員氏名 | 引換日<br>(12/20~12/25) | 引換時間<br>(10:00~16:30) | 申込数<br>(1人1台まで) |
|----|----------------|------|----------------------|-----------------------|-----------------|
| 1  |                |      | /                    | :                     | 台               |
| 2  |                |      | /                    | :                     | 台               |
| 3  |                |      | /                    | :                     | 台               |
| 4  |                |      | /                    | :                     | 台               |
| 5  |                |      | /                    | :                     | 台               |
| 6  |                |      | /                    | :                     | 台               |

※引換日と時間(30分単位)をご指定ください

☆申込締切は毎月20日(別に記載されたものを除く)

☆斡旋枚数を超えた場合は、抽選とさせていただきます。

☆抽選の結果、当選者には「決定通知」を、残念ながら落選された方には「落選通知」をお送りします。

☆申込資格:会員のみ

<注意> 申込締切日をもって商品を発注するため、締切日以降のキャンセルはできません。

# 商品申込書(11月)

共済会 FAX:54-8475

TEL:54-8495

☆申込受付は、11月1日午前8:30からです。

☆送信状況が悪い場合は、届いたかご確認ください。

送信日 11月 日

事業所番号(上4ケタ) \_\_\_\_\_

担当者名 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

施設名 \_\_\_\_\_

連絡先TEL \_\_\_\_\_

返信先FAX \_\_\_\_\_

※FAX番号にお間違いがないか、今一度ご確認ください。

※決定通知をFAXする際、ご記入いただいた番号へ届かない場合は事業所代表番号へお送りします。

## 「 農家のお店「平六」の新米 」

| No | 個人番号<br>(下4ケタ) | 会 員 氏 名 | 申込内訳(ご希望のお米に○を。1人各1袋まで) |        |          |
|----|----------------|---------|-------------------------|--------|----------|
|    |                |         | ①ミルキークイーン               | ②コシヒカリ | ③あいちのかおり |
| 1  |                |         |                         |        |          |
| 2  |                |         |                         |        |          |
| 3  |                |         |                         |        |          |
| 4  |                |         |                         |        |          |
| 5  |                |         |                         |        |          |
| 6  |                |         |                         |        |          |

☆申込締切は毎月20日(別に記載されたものを除く)

☆申込資格:会員のみ

☆幹旋数を超えた場合は、抽選とさせていただきます。

☆抽選の結果、当選者には「決定通知」を、残念ながら落選された方には「落選通知」をお送りします。

<注意> 申込締切日をもって商品を発注するため、申込締切日以降のキャンセルはできません。

# 商品申込書(11月)

共済会 FAX:54-8475

TEL:54-8495

☆申込受付は、11月1日午前8:30からです。

☆送信状況が悪い場合は、届いたかご確認ください。

送信日 11月 日

事業所番号(上4ケタ) 担当者名

事業所名 支店・施設名

連絡先TEL 返信先FAX

※FAX番号にお間違いがないか、今一度ご確認ください。

※決定通知をFAXする際、ご記入いただいた番号に届かない場合は事業所代表番号へお送りします。

## 「豊田市令和6年度産 大地の風 の幹旋」

| No | 個人番号<br>(下4ケタ) | 会 員 氏 名 | 申込数<br>(1人2袋まで) |
|----|----------------|---------|-----------------|
| 1  |                |         | 袋               |
| 2  |                |         | 袋               |
| 3  |                |         | 袋               |
| 4  |                |         | 袋               |
| 5  |                |         | 袋               |
| 6  |                |         | 袋               |

☆申込締切は毎月20日(別に記載されたものを除く)

☆申込が幹旋数を越えた場合は、抽選とさせていただきます。

☆抽選の結果、当選者には「決定通知」を、残念ながら落選された方には「落選通知」をお送りします。

☆申込資格:会員のみ

<注意> 申込締切日をもって商品を発注するため、締切日以降のキャンセルはできません。

# 商品申込書(11月)

共済会 FAX: 54-8475

TEL: 54-8495

☆申込受付は、11月1日午前8:30からです。

☆送信状況が悪い場合は、届いたかご確認ください。

送信日 11月 日

事業所番号(上4ケタ) 担当者名

事業所名 施設名

連絡先TEL 返信先FAX

※FAX番号にお間違いがないか、今一度ご確認ください。

※決定通知を FAX する際、ご記入いただいた番号へ届かない場合は事業所代表番号へお送りします。

## 「まるや八丁味噌から味噌製品の幹旋」

| No | 個人番号<br>(下4ケタ) | 会 員 氏 名 | 申込数(1人各2セットまで)   |                   |                       |
|----|----------------|---------|------------------|-------------------|-----------------------|
|    |                |         | ①赤だし詰合せ<br>『みやび』 | ②即席みそ汁<br>(5食×5袋) | ③みそかりんとう<br>(125g×3袋) |
| 1  |                |         | 箱                | 組                 | 組                     |
| 2  |                |         | 箱                | 組                 | 組                     |
| 3  |                |         | 箱                | 組                 | 組                     |
| 4  |                |         | 箱                | 組                 | 組                     |
| 5  |                |         | 箱                | 組                 | 組                     |
| 6  |                |         | 箱                | 組                 | 組                     |

☆申込締切は毎月20日(別に記載されたものを除く)

☆申込資格: 会員のみ

☆申込が幹旋数を超えた場合は、抽選とさせていただきます。

☆抽選の結果、当選者には「決定通知」を、残念ながら落選された方には「落選通知」をお送りします。

＜注意＞締申込切日をもって商品を発注するため、締切日以降のキャンセルはできません。

# 商品申込書(11月)

共済会 FAX:54-8475

TEL:54-8495

☆申込受付は、11月1日午前8:30からです。

☆送信状況が悪い場合は、届いたかご確認ください。

送信日 11月 日

事業所番号(上4ケタ) 担当者名

事業所名 支店・施設名

連絡先TEL 返信先FAX

※FAX番号にお間違いがないか、今一度ご確認ください。

※決定通知をFAXする際、ご記入いただいた番号に届かない場合は事業所代表番号へお送りします。

## 「カゴメ飲料の斡旋」

| No | 個人番号<br>(4ケタ) | 会 員 氏 名 | 申込数<br>(1人計2ケースまで)     |                         |                     |                                    |
|----|---------------|---------|------------------------|-------------------------|---------------------|------------------------------------|
|    |               |         | 野菜1日<br>これ1本<br>トリプルケア | カゴメ<br>トマトジュース<br>食塩無添加 | 野菜生活 100<br>アップルサラダ | 野菜生活 100<br>スムージー<br>アサイー & バナナMix |
| 1  |               |         |                        |                         |                     |                                    |
| 2  |               |         |                        |                         |                     |                                    |
| 3  |               |         |                        |                         |                     |                                    |
| 4  |               |         |                        |                         |                     |                                    |
| 5  |               |         |                        |                         |                     |                                    |

☆申込締切は毎月20日（別に記載されたものを除く）

☆申込が斡旋数を超えた場合は、抽選とさせていただきます。

☆抽選の結果、当選者には「決定通知」を、残念ながら落選された方には「落選通知」をお送りします。

☆申込資格:会員のみに

<注意> 申込締切日をもって商品を発注するため、締切日以降のキャンセルはできません。

# 商品申込書(11月)

共済会 FAX:54-8475

TEL:54-8495

☆申込受付は、11月1日午前8:30からです。

☆送信状況が悪い場合は、届いたかご確認ください。

送信日 11月 日

事業所番号(上4ケタ) 担当者名

事業所名 支店・施設名

連絡先TEL 返信先FAX

※FAX番号にお間違いがないか、今一度ご確認ください。

※決定通知をFAXする際、ご記入いただいた番号に届かない場合は事業所代表番号へお送りします。

## 「アーモンドブリーズの幹旋」

| No | 個人番号<br>(4ケタ) | 会 員 氏 名 | 申込数<br>(1人計4ケースまで) |     |             |
|----|---------------|---------|--------------------|-----|-------------|
|    |               |         | ①無糖                | ②微糖 | ③濃厚アーモンドミルク |
| 1  |               |         | ケース                | ケース | ケース         |
| 2  |               |         | ケース                | ケース | ケース         |
| 3  |               |         | ケース                | ケース | ケース         |
| 4  |               |         | ケース                | ケース | ケース         |
| 5  |               |         | ケース                | ケース | ケース         |

☆申込締切は毎月20日(別に記載されたものを除く)

☆申込が幹旋数を超えた場合は、抽選とさせていただきます。

☆抽選の結果、当選者には「決定通知」を、残念ながら落選された方には「落選通知」をお送りします。

☆申込資格:会員のみ

<注意> 申込締切日をもって商品を発注するため、締切日以降のキャンセルはできません。

## 物品申込書(11月用)

共済会 FAX: 54-8475

TEL: 54-8495

☆申込受付は、11月1日午前8:30からです。

☆送信状況が悪い場合は、届いたかどうかご確認ください。

送信日 11月 日

事業所番号(上4ケタ) \_\_\_\_\_ 担当者名 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_ 支店・施設名 \_\_\_\_\_

連絡先TEL \_\_\_\_\_ 返信先FAX \_\_\_\_\_

※FAX 番号にお間違いがないか、今一度ご確認ください。

※決定通知を FAX する際、ご記入いただいた番号に届かない場合は事業所代表番号へお送りします。

「ベルン洋菓子店 おせちクッキー詰合わせ」

| N<br>o | 個人番号<br>(下4ケタ) | 会 員 氏 名 | 申込数(1人4セットまで) |
|--------|----------------|---------|---------------|
| 1      |                |         | セット           |
| 2      |                |         | セット           |
| 3      |                |         | セット           |
| 4      |                |         | セット           |
| 5      |                |         | セット           |
| 6      |                |         | セット           |

☆申込が斡旋枚数を超えた場合は、抽選となります。

☆抽選の結果、当選された方には「購入決定通知」を、残念ながら落選された方には「落選通知」をお送りします

☆申込資格: 会員のみ

＜注意＞申込締切日をもって商品を発注するため、締切日以降の申込書はキャンセルできません。

# 商品申込書(11月)

共済会 FAX:54-8475

TEL:54-8495

☆申込受付は、11月1日午前8:30からです。

☆送信状況が悪い場合は、届いたかご確認ください。

送信日 11月 日

事業所番号(上4ケタ) \_\_\_\_\_ 担当者名 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_ 支店・施設名 \_\_\_\_\_

連絡先TEL \_\_\_\_\_ 返信先FAX \_\_\_\_\_

※FAX番号を今一度ご確認ください。

※決定通知をFAXする際、ご記入いただいた番号に届かない場合は事業所代表番号へお送りします。

## 「高橋精肉店の年末用お肉の斡旋

| No | 個人番号<br>(4ケタ) | 会 員 氏 名 | 申込数<br>(1人計 2 パックまで) |     |
|----|---------------|---------|----------------------|-----|
| 1  |               |         | ① 黒毛和牛霜降 500g        | パック |
|    |               |         | ② 三河産赤身 700g         | パック |
| 2  |               |         | ① 黒毛和牛霜降 500g        | パック |
|    |               |         | ② 三河産赤身 700g         | パック |
| 3  |               |         | ① 黒毛和牛霜降 500g        | パック |
|    |               |         | ② 三河産赤身 700g         | パック |
| 4  |               |         | ① 黒毛和牛霜降 500g        | パック |
|    |               |         | ② 三河産赤身 700g         | パック |
| 5  |               |         | ① 黒毛和牛霜降 500g        | パック |
|    |               |         | ③ 三河産赤身 700g         | パック |

★お支払いは事前に共済会へとなります。

★商品お渡し日時:12月28日(日)13:00~16:00

★商品お渡し場所:岡崎幸田勤労者共済会駐車場

(岡崎市羽根町小豆坂 117-3 岡崎市中小企業・勤労者支援センター内)

**※当日は年内最終営業日となります。お取り置き等はできませんので、必ずこの日時にお受け取りに来られる方のみお申込ください。**

☆申込締切は毎月20日(別に記載されたものを除く)

☆申込資格:会員のみ

☆抽選の結果、当選者には「決定通知」を、残念ながら落選された方には「落選通知」をお送りします。

☆申込締切日をもって商品を発注するため、締切日以降のキャンセルはできません。

☆通知確認をお忘れなく【WEB 通知確認方法】 [OK.EC プラスにログイン→三をタップ→通知](#)

# 商品申込書(11月)

共済会 FAX:54-8475

TEL:54-8495

☆申込受付は、11月1日午前8:30からです。

☆送信状況が悪い場合は、届いたかご確認ください。

送信日 11月 日

事業所番号(上4ケタ) \_\_\_\_\_ 担当者名 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_ 支店・施設名 \_\_\_\_\_

連絡先TEL \_\_\_\_\_ 返信先FAX \_\_\_\_\_

※FAX番号を今一度ご確認ください。

※決定通知のFAXをする際、ご記入いただいた番号に届かない場合は事業所代表番号へお送りします。

## 「お肉のギフト券の斡旋」

| No | 個人番号<br>(4ケタ) | 会 員 氏 名 | 申込数<br>(1人2組まで) |
|----|---------------|---------|-----------------|
| 1  |               |         | 組               |
| 2  |               |         | 組               |
| 3  |               |         | 組               |
| 4  |               |         | 組               |
| 5  |               |         | 組               |
| 6  |               |         | 組               |
| 7  |               |         | 組               |
| 8  |               |         | 組               |

☆申込締切は毎月20日(別に記載されたものを除く)

☆申込が斡旋枚数を超えた場合は、抽選とさせていただきます。

☆抽選の結果、当選者には「決定通知」を、残念ながら落選された方には「落選通知」をお送りします。

☆申込資格:会員のみ

<注意>申込締切日をもって商品を発注するため、締切日以降のキャンセルはできません。

# チケット等申込書(11月)

共済会 FAX: 54-8475

TEL: 54-8495

☆申込受付は、11月1日午前8:30からです。

☆送信状況が悪い場合は、届いたかどうかご確認ください。

送信日 11月 日

事業所番号(上4ケタ) \_\_\_\_\_ 担当者名 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_ 支店・施設名 \_\_\_\_\_

連絡先TEL \_\_\_\_\_ 返信先FAX \_\_\_\_\_

※FAX番号にお間違いがないか、今一度ご確認ください。

※決定通知をFAXする際、ご記入いただいた番号に届かない場合は事業所代表番号へお送りします。

## 「コロナワールド周遊クーポン」

| No | 個人番号<br>(下4ケタ) | 会 員 氏 名 | 申込数<br>(1人2冊まで) |
|----|----------------|---------|-----------------|
| 1  |                |         | 冊               |
| 2  |                |         | 冊               |
| 3  |                |         | 冊               |
| 4  |                |         | 冊               |
| 5  |                |         | 冊               |
| 6  |                |         | 冊               |
| 7  |                |         | 冊               |

☆申込締切は毎月20日(別に記載されたものを除く)

☆申込資格:会員のみ

☆申込が斡旋数を超えた場合は抽選とさせていただきます。

☆抽選の結果、当選者には「決定通知」を、残念ながら落選された方には「落選通知」をお送りします。

<注意> 申込締切日をもって商品を発注するため、締切日以降のキャンセルはできません。