

※太枠内をご記入ください。

宅配申込書		申込日	年	月	日
住所					
〒					
新潟県					
ふりがな					
氏名		様			
電話番号		— —			
配達希望日		月 日より			
商品名	本数	商品名	本数		
	本		本		
	本		本		
	本		本		
	本		本		
	本		本		
その他、希望事項(あればご記入ください)					
			受付者名		
			販売店名		

(株)塚田牛乳

〒950-0213 新潟県新潟市江南区木津工業団地2番1号

TEL 0120-041-369

FAX 025-385-4126