

# 回転式日付印申込書

東京社会保険労務士会協同組合

TEL 03-3525-4221

FAX 03-3253-7080

## 1. 回転式日付印（タイプA 付け替え用）申込内容

単 価	申 込 数	金 額 (円)
2, 4 2 0円		

注1) 配送の場合は別途送料がかかります。

注2) 事務代理者印、提出代行者印、事務担当者印、タイプAに対応しています。

注3) 現在ご使用の定形印から日付部分を取り外し、新しいものを各自ではめ込んで下さい。

## 2. 代金支払方法

現品送付時にご請求書並びに振込用紙を同封いたしますので、

現品到着後10日以内にご入金のお手続きをお願いいたします。

## 3. ご 送 付 先

送付先住所	〒		
	TEL _____ ( _____ ) _____ FAX _____ ( _____ ) _____		
	Mail: _____ (事務所/勤務先名称も必要あれば忘れずにご記入下さい)		
会員氏名		支部名	支部

※事務局欄使用欄（改：2023. 6. 15）

請求書No.	発送日・引渡日	入金日