

定型印注文書

令和 年 月 日

ご希望の商品に注文数をご記入ください。

	①提出代行者	②事務代理者	③事務担当	一般価格*	組合員価格*
浸透印タイプ ※朱肉、印台等は不要です ※日付は記入式です	個	個	個	4,500円	4,275円
ゴム印タイプ ※従来型の日付回転印無し ※日付は記入式です	個	個	個	3,500円	3,325円
17条付記印			個	1,800円	1,710円
浸透印タイプ用補充インク			個	500円	475円
日付回転印のみ（従来型） ※在庫なくなり次第終売			個	2,200円	2,090円

※日付回転印（西暦表示：2019～2030、和暦表示：1～13）

*価格に消費税10%を加算させていただきます。

印面内容

所属	社会保険労務士会	
氏名		
電話	—	—

- 注意
1. 原稿となりますので、**楷書**ではっきりとご記入ください。
 2. 電話番号は市外局番より（代表）、何番～何番などは記載せずにご記入ください。
 3. ③事務担当印は勤務先の電話番号をご記入ください。
 4. 事務所名を入れる場合は2行となりプラス500円（税抜）になります。
文字は小さくなります。
 5. 出来上がりには3～4週間かかり、株式会社 日本法令より直接お送りします。

出来上がった商品の送付先

ご住所	〒
事務所名・氏名	
電話番号	—

1

- ご注文・・・郵送またはFAXでお申し込みください。

埼玉県社会保険労務士協同組合

〒330-0063 さいたま市浦和区高砂1-1-1 朝日生命浦和ビル7階

電話：048-824-0808 FAX：048-816-6348

代金の請求は、後日埼玉県社会保険労務士協同組合からご請求させていただきますので、請求書に記載された指定口座へお振込みください。

なお、振込料はお客様負担でお願いいたします。