

# 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＊  |
|--------------------------------------------|--------|--------|-------|---------|---------|
| <b>浸透印タイプ</b><br>※朱肉、印台等は不要です<br>※日付は記入式です | 個      | 個      | 個     | 4,500 円 | 4,275 円 |
| <b>ゴム印タイプ</b><br>※従来型の日付回転印無し<br>※日付は記入式です | 個      | 個      | 個     | 3,500 円 | 3,325 円 |
| <b>17 条 付 記 印</b>                          |        |        | 個     | 1,800 円 | 1,710 円 |
| <b>浸透印タイプ用補充インク</b>                        |        |        | 個     | 500 円   | 475 円   |

※ゴム印タイプに付属の日付回転印は諸般の事情により製造および販売が中止となりました。

＊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。