

ご注文依頼票

ご依頼日

年

月

日

法人のお客様	事業所名	フリガナ						様		
	所在地	郵便番号 (-) フリガナ								
	電話番号	F A X 番号								
	ご担当	様						所 属 電話番号		
個人のお客様	お名前	フリガナ						様		
	ご住所	郵便番号 (-) フリガナ								
	電話番号	F A X 番号								
	ご注文内容	作業内容 (ご依頼のお仕事)								
ご注文内容	作業場所						交通費	①実費 ②一部 ③なし		
	作業期間	年 月 日	曜日指定	月	火	水	木	金	作業時間	時 分
		年 月 日		土	日	祝				時 分
	ご希望人数及び性別	男.....名 ・ 女.....名 ・ 不問.....名 ・ 合計.....名								
ご希望予算額	1時間当たりの作業費円					★作業費のほかに当センターの事務費として、作業費の8%を別途ご負担いただくこととなりますので、予めご了承ください。				

※本票を下記までFAX頂きますようお願い申し上げます。

〒140-0001 品川区北品川3-11-16
 公益社団法人品川区シルバー人材センター
FAX : 03-3471-6187
 (TEL : 03-3450-0711)