

100人100箱 古本市 受付申込用紙

お名前 (スリップ・段ボールの配送先のお名前)	ふりがな						
出品されるお名前 (ニックネーム可) (スリップのお名前と同一)	ふりがな						
ご住所	〒 _____ 都 道 _____ 郡 市 _____ 府 県 _____ 町 村 _____						
ご連絡先 (日中ご連絡のとれるお電話番号をお願いします)							
出品方法 (どちらかに丸をつけて下さい)	<input type="checkbox"/> 宅配 <input type="checkbox"/> 直接搬入					持込日 (直接搬入の場合) どちらかに丸をつけて下さい 9/30・10/1	
段ボール配送日 (宅配集荷の場合) (受付の翌日から の配送になります)	<u>配送日</u> /	指定なし	午前中	12:00~	14:00~	16:00~	18:00~
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
段ボール集荷 (9/23~9/29の間)	<u>集荷日</u> /	指定なし	午前中	12:00~	14:00~	16:00~	18:00~
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
備 考							