ゴルフ共配便　説明実施・希望フォーム

申込日　　年　　月　　日

貴社名		
代表者名		
本社	住所 ： 〒　　ー	
物流倉庫拠点 及び運営	住所 ： 〒　　ー 運営主体（○印） ：　自社運営　・ 外部委託先 外部委託先社名（　　）	
ご担当者	部署名　　： 役職名　　： 氏　名　　： フリガナ　： TEL ：	FAX ：
	E-mail :	
希望日	何日か候補日いただけると助かります 第 1 希望　　月　　日 第 2 希望　　月　　日 第 3 希望　　月　　日	
備考		

(一社)日本ゴルフ用品協会　宛　　FAX. 03-3832-8594