

令和6年6月18日

関係各位

社会福祉法人
沖縄県身体障害者福祉協会
会長 山城 充正
(公印省略)

障害者福祉事業運営資金造成のご協力について

時下、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素より、障害者福祉の推進にご理解とご協力を賜り厚く感謝申し上げます。

さて、標記の件について、障害者福祉事業に関わる公的助成が減額されるなか、本会では運営資金造成を目的として、お中元商品の販売を実施しております。

つきましては同封のチラシ、注文書をご参照のうえ、御協力くださいますようお願い申し上げます。

お問合せ
社会福祉法人沖縄県身体障害者福祉協会
TEL098-851-3455 FAX098-851-3855
担当者 総務課

Okisin Summer Gift

障害者福祉活動資金造成企画

おきしんきょうお中元ギフト

販売期間

7月1日(月)～8月6日(火)まで

① 沖縄森永乳業 ジュースギフト

プリズマパック 200ml×12本 (6種×2本)

特別販売価格 **1,600円**



毎回好評をいただいている、

森永乳業ジュースギフト。



かがやく“笑顔”のために

沖縄森永乳業株式会社

② 島原手延そうめん

長崎島原名産

蔵田本格手延へ



細さ
舌ざわり
こし

OS-35 28束入

島原の細系 OS-35

化粧箱 1,400g詰め (50g×28束)

標準小売価格 3,888円

特別販売価格 **2,200円**



製造元
島原手延素麺協同組合
総発売元
島手そうめん販売株式会社

蔵田本格手延へ

島原素麺



(そのままFAX送信などにご使用ください)

お中元ギフト注文書

令和6年 月 日

〒901-0516

八重瀬町字仲座1038番地1

社会福祉法人 沖縄県身体障害者福祉協会

FAX 098-851-3855 行



〒	—
住所	
氏名	
連絡先	

1. 申込方法：注文書にご記入のうえFAXにてお申込みください。
2. 受付期間：令和6年7月1日（月）～ 8月6日（火） ※配達は8/13日（火）まで
3. 配達：本島内に限りご希望に応じて購買が無料でお届けいたします。
但し、ご注文者様とお届け先が異なる場合は対応致しかねますので予めご了承ください。
4. 支払方法：下記の銀行口座にお振込みいただくか、ご連絡のうえ担当者が集金にお伺いします。

商品名	商品内容	価格（税込）	注文数	合計金額
① 森永乳業 ジュースギフト	12本	1,600円	個	円
② 島原手延素麺ギフト	0S-35	2,200円	個	円
合計			個	円
配達希望日 ※土日祝祭日を除く	令和6年 月 日	午前 午後	のし	中元・無地・なし

お振込先口座

琉球銀行 本店（201）普通預金 574854
 沖縄銀行 南風原支店（206）普通預金 1571274
 社会福祉法人 沖縄県身体障害者福祉協会 会長 山城 充正

※振込手数料はお客様でのご負担をお願いします。

お問い合わせ

社会福祉法人 沖縄県身体障害者福祉協会
 TEL：098-851-3455
 FAX：098-851-3855

担当：総務課



販売期間： 令和6年7月1日 ~ 7月31日

沖縄県産 マンゴー 2kg(4~6玉)

送料・消費税込み

贈答用秀品 ¥6,800 県外発送

贈答用秀品 ¥6,300 県内発送

贈答用優品 ¥6,000 県外発送

贈答用優品 ¥5,500 県内発送

秀品とは・・・マンゴーの贈答品の中では最高ランクです。見た目が綺麗な赤色です。

優品とは・・・秀品に比べ、見た目が少々劣りますが、糖度は秀品とほぼ同じです。

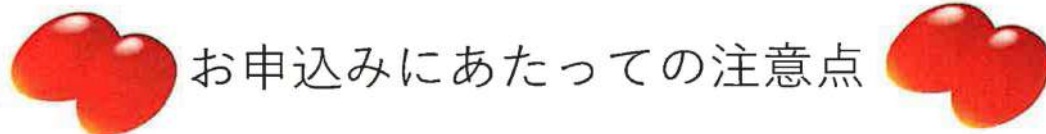


果物の王様、マンゴーにはベータカロチン、ミネラル、ビタミンA・B1・B2・C、カリウムが多く含まれているので、栄養価も高く夏にピッタリの果物です。

— 販売ご協力 —

有限会社 沖縄ナチュラルファーム

お申し込みは裏面の注文書にてお願いします。



1. 申込方法：裏面注文書にご記入のうえ FAX にてお申込みください。
お届け先が2ヶ所以上になる際はコピーしてご使用ください。
2. ご注文期間：令和6年7月1日（月）～ 7月31日（水）
3. お届け期間：令和6年7月8日（月）～8月7日（水）
4. 配達：生産元よりヤマト運輸（冷蔵）にてお届け致します。
配送状況に応じて、県外発送の場合3～4日ほど時間を要します。
ご注文日より7日以降から日時指定が可能となります。
日時指定がない場合はご注文いただいたお客様から順次発送致します。
また台風の発生や生産元の都合により、日時指定希望日にお届けできない場合もあります。その際はご了承ください。
ご理解・ご協力いただけますと幸いです。
5. 支払方法：下記の銀行口座にお振込みお願いします。

※ご依頼主とご請求者が同一の場合は裏面の注文書にご記入下さい。

※ご依頼主とご請求者が別の場合は必ず下記にご連絡下さい。



お問い合わせ
 (社福) 沖縄県身体障害者福祉協会
 TEL：098-851-3455
 FAX：098-851-3855
 担当：総務課

お振込先口座
 琉球銀行 本店(201) 普通預金 574854
 沖縄銀行 南風原支店(206) 普通預金 1571274
 社会福祉法人 沖縄県身体障害者福祉協会 会長 山城充正
 ※振込手数料はお客様でのご負担をお願いします。

(切り取らずにそのまま FAX 送信などにご使用ください)

〒901-0516

八重瀬町字仲座1038番地1

社会福祉法人 沖縄県身体障害者福祉協会

FAX 098-851-3855 行



ご依頼主様 団体名・会社名

〒

ご依頼主様

住所

氏名

連絡先

令和6年

月

日

お届け先①	〒			
	送り先			
	お名前			
連絡先				
注文文	商品名	特別価格 (送料・消費税込み)	注文数	合計金額
	贈答用 県外 秀品	6,800円	個	円
	贈答用 県内 秀品	6,300円	個	円
	贈答用 県外 優品	6,000円	個	円
	贈答用 県内 優品	5,500円	個	円
のし	有・無	お届け日時指定 ____月 ____日 午前中・14時~16時・16時~18時 18時~20時・19時~21時		

お届け先②	〒			
	送り先			
	お名前			
連絡先				
注文文	商品名	特別価格 (送料・消費税込み)	注文数	合計金額
	贈答用 県外 秀品	6,800円	個	円
	贈答用 県内 秀品	6,300円	個	円
	贈答用 県外 優品	6,000円	個	円
	贈答用 県内 優品	5,500円	個	円
のし	有・無	お届け日時指定 ____月 ____日 午前中・14時~16時・16時~18時 18時~20時・19時~21時		