

形式(2)-①

年 月 日

「ヘルスケア認定寝具®」 ラベル交付申請書

下記の通り ヘルスケア認定寝具ラベルの交付を申請致します。

| | | | |
|----------|---|-----|---|
| 貴社名 | | | |
| 住所 | 〒 | | |
| ラベル管理責任者 | ⑩ | 連絡先 | ☎ |

| 製品名 | 貴社商品管理番号等 | ヘルスケア認定寝具認定番号 | ラベルサイズ | 交付申請数量/枚 |
|-----|-----------|---------------|--------|----------|
| | (S) | | | |
| | (D) | | | |

* <ラベルサイズ> Lサイズ : よこ 60mm× たて 90mm

Mサイズ : よこ 40mm× たて 60mm

| | | |
|----------------|--|----------------|
| 【ラベル単価】 | 最少交付申請数量 : 500枚 (以降100枚単位) | L・M サイズ共通 (税別) |
| | 500枚 ~1,000枚 | 30円/枚 |
| | 1,001枚 ~3,000枚 | 25円/枚 |
| | 3,001枚 ~5,000枚 | 20円/枚 |
| | 5,000枚 以上 | 10円/枚 |
| | 送料 (税別) | 1,000 円 (全国一律) |
| 【振込先】 | みずほ銀行小舟町支店 (店番号 105) | |
| | 口座番号:(普) 1343073 口座名 : 一般社団法人日本寝具寝装品協会 | |
| | * 振込手数料は貴社負担でお願いいたします。 | |
| | * 支払いは、毎月20日締め 翌月25日支払い期限とさせていただきます。 | |

(納品先)

| | | |
|-----|--|------------|
| 会社名 | | 担当者名 |
| 住所 | | Tel Fax |

JBA:(一社)日本寝具寝装品協会 事務局宛

E-mail:info@jba210.jp

FAX03-6661-0214

| | | | | |
|-------|---------|--------|-------|-----|
| チェック欄 | JBA 受付日 | ラベル手配日 | 手配 No | 発送日 |
| | | | | |

形式(2)-②

年 月 日

「ヘルスケア認定寝具®」 ラベル(シール型) 交付申請書

下記の通り ヘルスケア認定寝具ラベル(シール型)の交付を申請致します。

| | | | |
|----------|---|-----|---|
| 貴社名 | | | |
| 住所 | 〒 | | |
| ラベル管理責任者 | ⑨ | 連絡先 | ☎ |

| 製品名 | 貴社商品管理番号等 | ヘルスケア認定寝具認定番号 | シールサイズ | 交付申請数量/枚 |
|-----|-----------|---------------|--------|----------|
| | (S) | | | |
| | (D) | | | |

* <シールサイズ> Mサイズ : よこ 40mm × たて 60mm

Sサイズ : よこ 25mm × たて 37.5mm

| | |
|---------|---|
| 【シール単価】 | 最少交付申請数量 : 500枚 (以降100枚単位) M・S サイズ共通 (税別) |
| | 500枚 ~ 1,000枚 30円/枚 |
| | 1,001枚 ~ 3,000枚 25円/枚 |
| | 3,001枚 ~ 5,000枚 20円/枚 |
| | 5,000枚 以上 10円/枚 |
| | 送料 (税別) 1,000円 (全国一律) |

【振込先】 みずほ銀行小舟町支店 (店番号 105)
 口座番号 : (普) 1343073 口座名 : 一般社団法人日本寝具寝装品協会
 * 振込手数料は貴社負担でお願いいたします。
 * 支払いは、毎月20日締め 翌月25日支払い期限とさせていただきます。

(納品先)

| | | |
|-----|--|------------|
| 会社名 | | 担当者名 |
| 住所 | | Tel Fax |

JBA:(一社)日本寝具寝装品協会 事務局宛
 E-mail: info@jba210.jp FAX03-6661-0214

| チェック欄 | JBA 受付日 | ラベル手配日 | 手配 No | 発送日 |
|-------|---------|--------|-------|-----|
| | | | | |