

月 日

# 出光ガソリンカード申込書

学校生協

T E L 0120-70-4124

F A X 0120-70-1981

出光ガソリンカード申込書												※確認の為、捺印下さい。								
学校名						フリガナ														
						お名前						様								
学校コード						組合員コード														
自宅住所	〒																			
	電話番号 ( ) -																			

家族用カードをご希望の方は下記にご記入ください。

家族用カードの有無	希望しない 希望する ( ) 枚
-----------	------------------

※全国出光マークのお店どこでも学校生協契約価格で給油できます。  
(このままFAXをいただいても構いません)