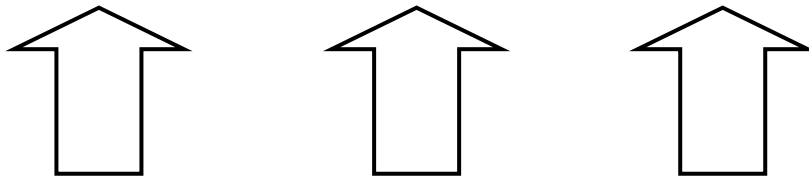


申 込 日：令和 年 月 日

(社福) 長野県聴覚障害者協会 宛



《FAX：026-295-3610》

(フリガナ)		
お 名 前		
ご 住 所	〒 ー	
	TEL	FAX
カレンダー 申込部数	✓してください。 <input type="checkbox"/> 1枚 720円 (500円+送料220円) <input type="checkbox"/> 2枚 1,300円 (1,000円+ // 300円) <input type="checkbox"/> 3枚 1,850円 (1,500円+ // 350円) <input type="checkbox"/> 4枚 2,450円 (2,000円+ // 450円) <input type="checkbox"/> 5枚以上 ()枚 × 500円 = _____円	
カレンダー 送 付 先	✓してください。 <input type="checkbox"/> 上記の住所に送付する <input type="checkbox"/> 上記の住所とは別の住所に送付する (下欄の送付先に記入)	
送 付 先 ご 住 所	〒 ー	
	TEL	FAX