

映画「おわりなき聲」DVD購入申込書

申し込み日		年 月 日			
団体に申し込みをする場合	お名前				
	責任者				
連絡先	F A X		T E L		
DVDの送付先(住所)	〒				
請求書宛名(申込者氏名)					
請求書送付先 (送付先と異なる場合のみ記入)					
※別途送料がかかります					
	NO	品 名	金 額 (税込) 円	数 量	合 計
	1	映画「おわりなき聲」DVD	2,000		

* 聴覚障害者協会記入欄

備考	受注者	受注日	発送日	発送責任者	入金額	入金日	受領者

<<お問合せ先>> 2023年10月
 社会福祉法人宮崎県聴覚障害者協会
 TEL 0985-38-8733
 FAX 0985-29-2279