注文日　平成　　年　　月　　日

書籍注文用紙

書籍名	金額	数量	合計金額
合計金額			

ご住所：〒

氏名：　　FAX・TEL:

＊支払い・受け取り方法(どちらかを〇で囲んで下さい)

１、書籍を郵送、郵便局で支払い

※送料はご負担願います。

〔送料目安１冊８０円・２冊１６０円・３冊以上３５０円〕

２、鹿児島県聴覚障害者協会事務局で受け取り、支払う

ご注文は鹿児島県聴覚障害者協会事務局まで

ＦＡＸ０９９－２２８－６３５７

ＴＥＬ０９９－２２８－２０１６