

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
	円		円
	円		円
	円		円
	円		円
	円		円
合計			円

ご住所：〒

ご氏名

FAX・TEL

※支払い・受け取り方法（どちらかを○で囲んでください）

1. 書籍を郵送、郵便局で支払い

◎送料はご負担願います。（5,000円以上は無料）

【送料目安 1cm以内164円、2cm以内264円、それ以上360円、510円】

2. 鹿児島県聴覚障害者協会事務局で受取支払う

ご注文は一般社団法人鹿児島県聴覚障害者協会事務局まで

FAX 099-228-6357・TEL 099-228-2016

main@kagoshima-deaf.jp