

千葉聴覚障害者情報提供施設「記念プレート」申込書

申込日付		
平成	年	
	月	日

プレートに刻む文字

メッセージ	
名前	

(申込者)

フリガナ			
名前	印		
フリガナ			
住所	〒		
TEL		FAX	
所属	聴覚障害者協会()協会 手話サークル(市)サークル) ちば通研(班) 家族会・聾学校関係・手話通訳者・要約筆記者 その他()		
備考	★「このゆびとまれ」にお名前を掲載しても構わないでしょうか? (可 ・ 不可)		
お問い合わせ せなどは →	社会福祉法人千葉県聴覚障害者協会後援会 〒260-0022 千葉市中央区神明町204-12 FAX 043-308-5562 TEL 043-308-6372		

<見本例>

ご希望のフォントに✓または○を入れてください

<input type="checkbox"/>	①	笑う門に福来たる 千葉 太郎
<input type="checkbox"/>	②	笑う門に福来たる 千葉 太郎
<input type="checkbox"/>	③	笑う門に福来たる 千葉 太郎

振込先	郵便局 : 00230-4-138598
	口座名義 : 千葉県聴覚障害者協会後援会
金額	銀行 : 千葉銀行 長洲支店 普3314200
	口座名義 : 社会福祉法人千葉県聴覚障害者協会後援会
支払方法	() 現金 納入日付 <input type="checkbox"/>
	() 郵便振替
	() 銀行振替