

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		
令和	年	日
	月	

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

① <input type="checkbox"/>	笑う門に福来たる 千葉 太郎
② <input type="checkbox"/>	笑う門に福来たる 千葉 太郎
③ <input type="checkbox"/>	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 style="width: 80px; height: 40px; border: 1px solid orange;" type="text"/>
	() 郵便振替
	() 銀行振替