

注文日 年 月 日

### 書籍・出版物注文用紙(FAX)

書籍・出版名	価格	数量	合計金額
総計金額			

〒ご住所：

---

---

お名前：

---

---

FAX：

---

---

支部

---

---

\* 支払い・受け取り方法(どちらかを○で囲んで下さい。)

( ) 書籍を郵送、着払い ※送料はご負担願います。

[送料目安は、郵便の送料を参照ください。](#)

( ) (公社)岡山県聴覚障害者福祉協会事務局で受け取り、支払う。

ご注文・問い合わせは公益社団法人岡山県聴覚障害者福祉協会事務局まで

TEL : 086-224-2275

FAX : 086-224-2270