

FAXお問い合わせ表

		ご依頼日	年 月 日
お客様 ※必ずフルネームでご記入下さい。個人の場合は貴社名・部署名は不要			
フリガナ			
お名前			
住 所：〒 —			
TEL		FAX	
e-mail		日中連絡先	

番 組 名	ご希望の種類に○をつけてください	注 文 数	金 額	
	ビデオ ・ DVD			円
	ビデオ ・ DVD			円
	ビデオ ・ DVD			円
	ビデオ ・ DVD			円
	ビデオ ・ DVD			円 送料合計
合 計				円 円

このページを印刷し、ご記入後下記のFAX番号へお送り下さい。

FAX番号.06-6242-6502

〒530-0044 大阪市北区東天満2-7-12

特定非営利活動法人（NPO法人）CS障害者統一機構