

DVD 注文申込書

		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: 〒 —						
FAX			TEL			
e-mail			日中連絡先			
会議名		ご注文数	金額			
①第2回会議(2010年2月10日) DVD		枚	円			
②第3回会議(2010年2月15日) DVD		枚	円			
③第4回会議(2010年3月1日) DVD		枚	円			
④第5回会議(2010年3月19日) DVD		枚	円			
⑤第6回会議(2010年3月30日) DVD		枚	円			
⑥第7回会議(2010年4月12日) DVD		枚	円			
①②③④⑤⑥ 6枚セット DVD		セット	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