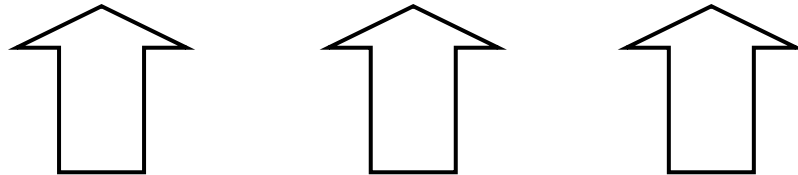


申 込 日：平成 年 月 日

長野県聴覚障害者協会 宛



《FAX：026-295-3610》

(フリガナ)		
お 名 前		
ご 住 所	〒 ー	
	TEL	FAX
カレンダー 申 込 部 数	500円× () 部 = _____ 円	
カレンダー 送 付 先	<input type="radio"/> を記入してください。 <input type="checkbox"/> 上記の住所に送付する <input type="checkbox"/> 上記の住所とは別の住所に送付する(下欄の送付先に記入)	
ご 住 所	〒 ー	
	TEL	FAX