

FAX専用ご注文書



ご注文FAX番号 045-475-2112

ご注文者様	フリガナ	ご注文日：	月	日
氏名	FAX/TEL			
ご住所 〒				

お届け先	フリガナ	※ご注文者様とお届け先が異なる場合のみご記入ください		
氏名	FAX/TEL			
ご住所 〒				

商品名	単価	個数	小計

お支払い方法 ○で囲んでください	郵便振替 (ご入金予定 月 日) ※振込手数料は注文者ご負担ください	現金持参 (事務所来所 月 日)
---------------------	--	---------------------

郵便振替口座番号
00290-9-62766
(一社)横浜市聴覚障害者協会

備考：その他ご要望等ございましたらお気軽にお申し付けください

ご注文の後、送料を含めた合計額をFAXします。
金額をご確認の上、ご送金ください。
送金が確認でき次第、商品を発送いたします。

一般社団法人 横浜市聴覚障害者協会
FAX : 045-475-2112 / TEL : 045-475-2061
Email: yokochokyo2@hamashinren.or.jp
〒222-0035 横浜市港北区鳥山町1752 障害者スポーツ文化センター 横浜ラポール3階

協会 記入欄	送料	円	合計 (送料込)	円	連絡日	/	発送日	/
-----------	----	---	-------------	---	-----	---	-----	---