

↑ 事務局 FAX 03-6233-9624

東京精神保健福祉士協会 第二弾 DVD 注文票

申し込み年月日 20 年 月 日

DVD 注文個数 _____

一部 2500 円

振込金額 _____ 円

連絡欄：

銀行振り込み控え添付

* 添付がない場合は DVD の発送を行えませんのでご注意ください。

* 振込先 (ジャパンネット銀行)

店番号 005

口座番号 1212208

東京精神保健福祉士協会権利擁護委員会

連絡を取る際の連絡先をお書き下さい。

お名前 _____ 所属機関 _____

連絡先 TEL・FAX _____

E メール _____

以下、そのまま郵送のラベルになりますので、丁寧にお書き下さい。

送付先がお勤め先であれば、機関名もお書き下さい。

送付先ご住所 (送付先機関名) _____

〒 _____

様