

↑ 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 \_\_\_\_\_

会員 1000 円 / 非会員 2000 円

(いずれかに○)

振込金額 \_\_\_\_\_ 円

連絡欄：

郵便局振り込み控え添付

\* 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（郵便振替口座）

00170-2-709591

東京精神保健福祉士協会

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