|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FAX申込書 | | |
| 送信年月日 | 令和元年　　月　　日（　　） | |
| 送 信 先 | 所属 | 山形県立山形聾学校 |
| 担当 | 福田　　宛 |
| 送信先ＦＡＸ番号 | ０２３－６８８－２８４１ | |

～補聴機器展示会～

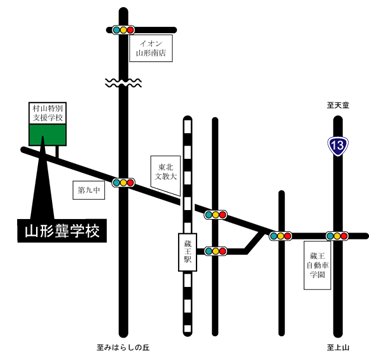
令和元年９月２７日（金）１３：３０～１５：００

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 参加者氏名 | 所属、連絡先（電話番号）等 | 自家用車使用 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※　ＦＡＸは本票のみでお願いします。添書は不要です。

※　自家用車で来校なさる場合は、○を付けてください。

できるだけ乗り合わせてお願いいたします。



☆本校周辺地図☆