

福岡県言語聴覚士会 障害別リーフレット申込書

申込日	年 月 日
申込者	会員(会員番号: )・非会員
連絡先	〒 - TEL - - FAX - - E-mail:
送付先	〒 - TEL - -
申込内容	※種類と部数を明記下さい
使用目的	
備考	

【お申込みについて】

- ・障害別パンフレット申込書を FAX または E-mail で下記申込先までお送り下さい。
- ・送料は、自己負担となります。
- ・使用目的及び申込部数によっては、実費をいただく場合がございます。

(県士会会員は 10 部まで無料)

実費請求する場合:(実費:パンフレット 20 円/部)

- i) 個人で 10 部以上を申し込む場合
- ii) 病院、施設、学校、団体等が申し込む場合

※転売禁止

- ・イベント等での配布を目的とする場合は、イベントのプログラムのコピーを申込書と一緒に  
お送り下さい。

【お申込み先】

早良病院 リハビリテーション科 言語聴覚室

佐々木哲 (福岡県言語聴覚士会 社会局)

Fax: 092-883-8761(職場) E-mail: sasaki-tetsu@sawara-hp.jp

※お電話でのお問い合わせはご遠慮下さい。

県士会使用欄

## 障害別リーフレット申込について

### 【申込方法】

- ・申込書をFAXまたはE-mail 添付にて下記申込先までお送り下さい。
- ・イベント等での配布を目的とする場合は、イベントのプログラムのコピーを申込書と一緒にお送り下さい。

※送料は、**自己負担**となりますのでご注意ください。

※使用目的及び申込部数によっては、**実費**をいただく場合がございます。

その場合、事前に確認のご連絡を申し上げます。(実費：パンフレット 20 円/部)

申込書は[こちら](#)

### 【申込・問合せ先】

〒819 - 0002 福岡市西区姪浜 2-2-50

早良病院 リハビリテーション科 言語聴覚室

佐々木哲 (福岡県言語聴覚士会 社会局)

Fax : 092-883-8761 (職場) E-mail : sasaki-tetsu@sawara-hp.jp

※お電話でのお問い合わせはご遠慮下さい。