

# 携帯用会話補助装置見積依頼書(FAX用)

携帯用会話補助装置 (パワギガM+咽頭マイク)

特定非営利活動法人日本喉摘者団体連合会 御中

ご注文日	年 月 日
ふりがな	
お名前	
所属団体名	その他
※発声教室に所属していない方はその他に○をしてください	
ご住所	〒
お届け先住所	〒
※お申込み者とお届け先が違う場合にご記入ください	
電話番号	FAX
携帯電話番号	
メールアドレス	
数量	
見積り発行or自費購入	①見積り発行 ②自費購入
見積り受取方法	①自宅郵送 ②その他
※①②どちらかに○をつけてください。	
※日中のご連絡先(ご家族の方など、平日の日中にご連絡の取れる連絡先があればご記入ください。 ご関係( )	
※見積書送付先が、上記と異なる場合のご住所、その他ご要望などはこちらにご記入ください。	

連絡先:NPO法人 日喉連

〒105-0004 東京都港区新橋5-7-13 ビュロー新橋901

TEL 03-3436-1820 FAX 03-3436-3497

Eメール: office@nikkouren.org