

# OHP・OHC・ペン注文用紙

以下に記入の上、聴言センターへFAXして下さい。

- OHPロール25cm幅（1本500円） 本
- OHPロール30cm幅（1本550円） 本
- OHP・OHC用ペン 本  
\*下記どちらか○で囲んでください  
(ぺんてるペン / さくらペンタッチ) (各種1本120円)
- OHCロール30cm幅（1～9本の時 1本620円） 本
- OHCロール30cm幅（10本以上の時 1本580円） 本

送付先ご住所 〒

お名前 様  
  
(ご担当者名 様)

お電話番号

FAX番号

請求書送付先

請求書宛名 様

請求書日付の有無 有（ 年 月 日） ・ 無

※有・無必ずご記入下さい。

備 考

京都市聴覚言語障害センター

FAX：075-841-8311