**ＯＨＣロール・ペン注文用紙**

以下に記入の上、京都市聴言センターへＦＡＸして下さい。

**・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**

**・OHC用ペン**

**ぺんてるペン　　 （１本１２０円） 本**

**さくらペンタッチ （１本１２０円）　　　　　　　　　　　 　　　　本**

**商品送付先ご住所　〒**

**お名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様**

**（ご担当者名　　　　　　　　　　様）**

**お電話番号**

**ＦＡＸ番号**

**請求書送付先ご住所　〒**

**（商品送付先と同住所**[ ] **）**

**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。**

※どちらかに〇をつけてください

**商品使用日・到着指定日（　　　年　　　月　　　日）**

 **※ご希望に沿えない場合がございます。予めご了承下さい。**

**備　　考**

***京都市聴覚言語障害センター***

***ＦＡＸ：０７５－８４１－８３１１***