|  |
| --- |
| 全国身体障害者施設協議会 行　(E-mail) shinshokyo@shakyo.or.jp　FAX 03-３５81-2428 |

《　申　込　書　》

|  |
| --- |
| 「個別支援の実現に向けたケアガイドライン」(令和新版) |

申込日　令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **希望部数** | 　　　　部　× @３００円 　＝　　　　　　　　円（税込・送料サービス） |
| * **５部からの注文になります。**
 |  |
| 《お申込者 情報》 |
| **都道府県** |  | 施設名 |  |
| **ご連絡先**（納品先）（請求書送付先） | 〒　　　－　　　　　　　　　ＴＥＬ：【ご担当者名:　　　　　　　　】ＦＡＸ： |
| **納品先**上記と異なる場合はご記入ください | 〒　　　－　　　　　　　　　ＴＥＬ： |
| **納品日** | 令和　　　　年　　　　月　　　　日　　着 希望 |
| **請求書宛名** |  |
| **備考欄** |  |

（事務局）全国身体障害者施設協議会

〒100-8980 東京都千代田区霞が関3-3-2 新霞が関ビル4階

全国社会福祉協議会 高年･障害福祉部内

TEL 03-3581-6502　FAX 03-3581-2428　(E-mail) shinshokyo@shakyo.or.jp