

F A X 専 用 注 文 書

令和 年 月 日

沖縄愛楽園交流会館あて

TEL&FAX:0980-52-8453

1. 氏名または団体名

フリガナ:

お名前:

2. 発送先住所

〒 _____
ご住所:

3. 連絡先

電 話: _____

F A X: _____

E-mail: _____@.....

4. 注文冊数

- | | | |
|--|----------------|---------|
| ①. 沖縄県ハンセン病証言集【資料編】 | ¥10,000.- (税込) | _____ 冊 |
| ②. 沖縄県ハンセン病証言集【沖縄愛楽園編】 | ¥3,000.- (〃) | _____ 冊 |
| ③. 命ひたすら 療養50年史 | ¥3,000.- (〃) | _____ 冊 |
| ④. 選ばれた島-リプリントハンセン病療養所シリーズ- | ¥2,500.- (〃) | _____ 冊 |
| ⑤. 沖縄愛楽園から伝えたいこと【DVD版】 | ¥3,000.- (〃) | _____ 枚 |
| ⑥. 飛んで行きたや愛楽園より【平得壮市 著】 | ¥1,500.- (〃) | _____ 冊 |
| ⑦. 『隔離』を生きて ハンセン病回復者の
愛楽園ガイド【平良 仁雄 著】 | ¥1,200.- (〃) | _____ 冊 |

5. 発送方法 ※いずれかに○印を記入下さい。

ゆうパック ・ レターパック

注)送料の目安についてはホームページ内、『書籍紹介・販売』にてご確認下さい。

6. 領収証の要否 要 ・ 否 _____あて名_____

7. 入金口座及び入金予定日 ※いずれかに○印を記入下さい。

琉球銀行 ・ 沖縄銀行 ・ ゆうちょ銀行

入金予定日: 令和 年 月 日 () 予定

メモ(要望等がございましたらご記入下さい):

.....
.....

*自治会記入欄

・受付年月日 令和 年 月 日 () ・受付担当者名: _____

・書籍代計 _____円 + 箱代 _____円 + 送料 _____円 総計 _____円

・発送年月日 令和 年 月 日 ()