

支援ツールの購入方法

・お支払いは現金書留のみとなります。下記まで代金と必要事項を明記の上、ご送金ください。なお、郵送料は着払いとなります。

☆必要事項

- ・希望のツールと個数
- ・氏名
- ・郵送先の住所・電話番号
- ・領収書の宛名（上記の氏名と異なる場合）

☆現金書留の郵送先

〒279-0012 浦安市入船 4-1-24
（株）育視舎 視覚発達支援センター
tel：047-353-3017

希望のツール	単価	個数	小計
	¥		¥
	¥		¥
	¥		¥
	¥		¥
合計			¥

氏名	
住所	〒
電話番号	
領収書の宛名*	

*上記の氏名と異なる場合に記入してください