

福祉新聞購読お申し込みフォーム

必要事項をご記入の上 FAX088-654-9250までお送りください。

ご購入内容情報

ご購入期間	年 月～ 年 月
ご購入数量	部

ご購入お申し込み者情報

ご契約形態	<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 事業所（行政・学校・法人・施設等）
氏名	
氏名（ふりがな）	
事業所名等	*個人の方は入力不要です。
事業所名等（ふりがな）	*個人の方は入力不要です。
ご担当者氏名	*個人の方は入力不要です。
郵便番号	
ご住所	
お電話番号	
e-mail	

ご請求先情報

ご請求先	<input type="checkbox"/> お申し込み者と同じ <input type="checkbox"/> お申し込み者と異なる
☑お申し込み者と異なる場合のみご記入ください。	
氏名	
氏名（ふりがな）	
事業所名等	*個人の方は入力不要です。
事業所名等（ふりがな）	*個人の方は入力不要です。
ご担当者氏名	*個人の方は入力不要です。
郵便番号	
ご住所	
お電話番号	
e-mail	

お届け先情報

お届け先	<input type="checkbox"/> お申し込み先 <input type="checkbox"/> ご請求先 <input type="checkbox"/> それ以外
☑それ以外の場合のみご記入ください。	
氏名	
氏名（ふりがな）	
事業所名等	*個人の方は入力不要です。
事業所名等（ふりがな）	*個人の方は入力不要です。
ご担当者氏名	*個人の方は入力不要です。
郵便番号	
ご住所	
お電話番号	
e-mail	