

# 文字盤FAXオーダーシート

ご注文日 年 月 日

担当者名	
所属	
連絡先	

対象者名	イニシャルで	
対象者情報	生年月日	年齢
	病名	性別

記入例	見本No.	見本名	サイズ	色の希望	台紙	枚数
【例】	No. 1	50音2分割2	A4 or A3	希望の文字色、又は黒 希望の罫線色、又は黒	白 or 透明	1
1						
2						
3						
4						
5						
合計						枚

Memo (オリジナルコミュニケーションボードに入れたい単語等)

---



---



---



---



---

群馬県難病相談支援センター

FAX : 027-220-8537