

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	ふりがな		イニシャル
	生年月日		年齢
対象者情報	病名		性別

記入例	見本No.	見本名	サイズ	台紙の色	ドット付き	枚数
【例】	No. 1 <small>(見本の左上)</small>	1.50音2分割 1 <small>(文字盤下の番号と名前)</small>	A4 or A3	白 or 透明	なし	1
1						
2						
3						
4						
5						
合計						枚

Memo (オリジナル文字盤に入れたい単語やフレーズ等)

群馬県難病相談支援センター

FAX : 027-220-8537