

チャリティコピー機情報カード

受付日 20 年 月 日

設置番号	コ					
------	---	--	--	--	--	--

★ご紹介者

ふりがな		TEL		携帯	
ご紹介者名	様				
企業名		部署		役職	
ご住所	〒				

★設置先情報

ふりがな			支店名または 営業所名	
名称	様			
ご住所	〒			
担当者情報	部署		役職	氏名 様
TEL			FAX	
携帯			※希望プラン～○印をつけて下さい	1、ライトプラン 2、レギュラープラン

★紹介者連絡事項

--

★生活支援金受給者情報 (必ず記入して下さい)

氏名		登録番号	県	NO.
----	--	------	---	-----

★事務局処理欄

メーカー 連絡日	設置日	紹介者 連絡日	HP掲載日	礼状 送付日

※チャリティコピー機情報カードは、メールかFaxで送って下さい。

(一社)障がい者の明日を考える会 行

Mail : info.shogaisha@gmail.com

FAX 092-260-7427

TEL 070-6994-3701