










お申込者様	フリガナ			
	お名前			
	ご住所	〒(-)	[] 都道府県	[] 市町村
	TEL / FAX			

お届け先①	フリガナ				A()個 B()個 C()個 D()個
	お名前				
	ご住所	〒(-)	[] 都道府県	[] 市町村	
	TEL				
お届け先②	フリガナ				A()個 B()個 C()個 D()個
	お名前				
	ご住所	〒(-)	[] 都道府県	[] 市町村	
	TEL				
お届け先③	フリガナ				A()個 B()個 C()個 D()個
	お名前				
	ご住所	〒(-)	[] 都道府県	[] 市町村	
	TEL				
お届け先④	フリガナ				A()個 B()個 C()個 D()個
	お名前				
	ご住所	〒(-)	[] 都道府県	[] 市町村	
	TEL				

指定障害福祉サービス事業所 〒089-1182 北海道帯広市川西町西1線47番地2号

帯広ケア・センター（販売部：フロンティア・ハウス）

TEL  0155-59-2739 / FAX  0155-59-2990 / mail  frontier@keisei-kai.jp