

「保育のしおり」11版 注文書

施設名称		
代表者名		
注文数		700円× (冊) = (円)
受け取り方法		・発送 ・事務局来所 ・その他 ()
来所希望		*来所の場合は前日までにご連絡ください。 来所希望日 (令和 年 月 日) 来所予定者 ()
発送希望	発送希望日	*発送希望日がある場合はご記入下さい。 (希望日がない場合は空欄で結構です) 令和 年 月 日までに
	発送先住所	〒
	電話番号	
	施設名	
	担当者名	

令和 年 月 日

*送付の場合は「保育のしおり」到着後、請求書に記載の振込先にご入金ください。

事務局使用欄	
発送確認印	受付者印

〒420-0856 静岡市葵区駿府町1-70
静岡県総合社会福祉会館3階
TEL 054-251-8873
FAX 054-253-4226
E-mail kenhoren@po2.across.or.jp