

年 月 日

大村市役所 福祉総務課あて

放虎原は語る 購入申込み票

ふりがな	
氏 名	
住 所	〒
電話番号	
冊 数	
購入方法	(※該当する番号に○をつけてください。) 1 窓 口 2 郵 送 (2の場合、本票と2,000円の郵便小為替を送付ください。)

☆ あて先

〒856-8686

長崎県大村市玖島一丁目25番地

大村市役所 福祉総務課

電話 0957-53-4111(内線151)

FAX 0957-52-6930