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、本票と現金2，000円を現金書留で送付ください。）

☆ 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603）

FAX　0957－52－6930