

チケット予約 FAX 用紙

～必要事項をご記入のうえ、FAX または
メールで申し込んでください～

お名前	
住 所	〒
上映時間希望	() 10:00～ () 14:00～
チケットの種類	高校生以上 枚・小中学生 枚
連絡先	FAX/TEL () メールアドレス ()

福岡聴覚障害者団体連合会

FAX/TEL : 092-588-0250

メールアドレス : fkchoren@auroa.ocn.ne.jp