

〈FAX〉 名身連聴言センター

052 - 413 - 5853

※番号のおかけ間違いの無いようご注意ください

## レンタル申込書

名前：

登録番号：

希望配達時間

※希望の時間帯に○をつけてください

9～12時	12～14時	12～16時	16～18時	18～20時	20～21時	指定なし
-------	--------	--------	--------	--------	--------	------

登録先の住所以外に郵送希望の場合は、住所をご記入ください。

〒
---

レンタルしたいDVDの番号とタイトルを記入してください。(最大6本まで)

	分類番号	タイトル	センター 記入欄
①			
②			
③			
④			
⑤			
⑥			

\*いただいた個人情報は本事業以外には使用いたしません。

センター記入欄 (記入しないでください)

受付日	発送日	返却予定日	返却日	備考
担当：	担当：	担当：		