島根県西部視聴覚障害者情報センター あて

依頼者 所在地 名 称

点	字印写	字 依 頼 書		
1. 依頼数及び納品方法 (1)依頼数				
封筒サイズ(	)	枚数(	)枚	
封筒サイズ(	)	枚数(	)枚	
封筒サイズ(	)	枚数(	)枚	
封筒サイズ(	)	枚数(	)枚	
(2)納品方法 ( 一括 ・ 分 分割の場合 (	*割 ) )月から(	)月まで均等		
その他の場合 別	記のこと			
(3)納品期限 平成 年 月 2. 点字印字内容(分かち部分は15		カタカナで書いてく	ださい。) ※25マス以	内
(1) ( )枚				
(2) ( )枚				
【記載例】 ( 1,000 )枚				
シ マ ネ ケ ン   シ -	ャ カ イ	フクシーシ	<u>゛ キ ゛ ョ  ー タ ゛ :</u>	ン
3. 点字印字場所			角2	
		_		$\leq$
		長3		
	点	$\rightarrow $		
	点 字 印			
	印 字			
	<del>-</del>			☑
		墨字印刷	墨字印刷	字 印 字
				字
<b>4 - 日日 : 、八 → - 1 □ 本 6</b> 夕 仕 ひっぷんも □ 仕		(印字	<sup>2</sup> 基本位置)	
4. 問い合わせ連絡先及び納品先 (1)納品先名称				
( ) / NT1HH / 6 17 17 17 17 17 17 17 17 17 17 17 17 17				
(2)納品先所在地				

5. 記載上の注意等

(3) 担当者名•連絡先

- (1) 封筒サイズ毎に点字印字内容が異なる等のため間違えるおそれがあるときは、依頼書を 分けて作成してください。
- (2) 依頼書は、郵送、ファックス又はメールで送信してください。

送付先 : 〒697-0016 浜田市野原町1826-1島根県西部視聴覚障害者情報センター FAX : 0855-24-9335 E-mail : syotyou@bd-iwami.org

※ 本書の電子データ(Excel)が必要な場合は、上記メールアドレスあてにその旨ご連絡ください。