

# F A X 送信用紙

令和2年 月 日

令和2年度 後援会資料を希望します

卒業生 ・ 卒業生保護者 ・ 旧職員 いずれかに○をしてください。	
お名前	
ご住所	(〒 )

送信先 秋田県立聴覚支援学校 後援会事務局 F A X : 0 1 8 - 8 8 9 - 8 5 7 5 電話 : 0 1 8 - 8 8 9 - 8 5 7 2
---