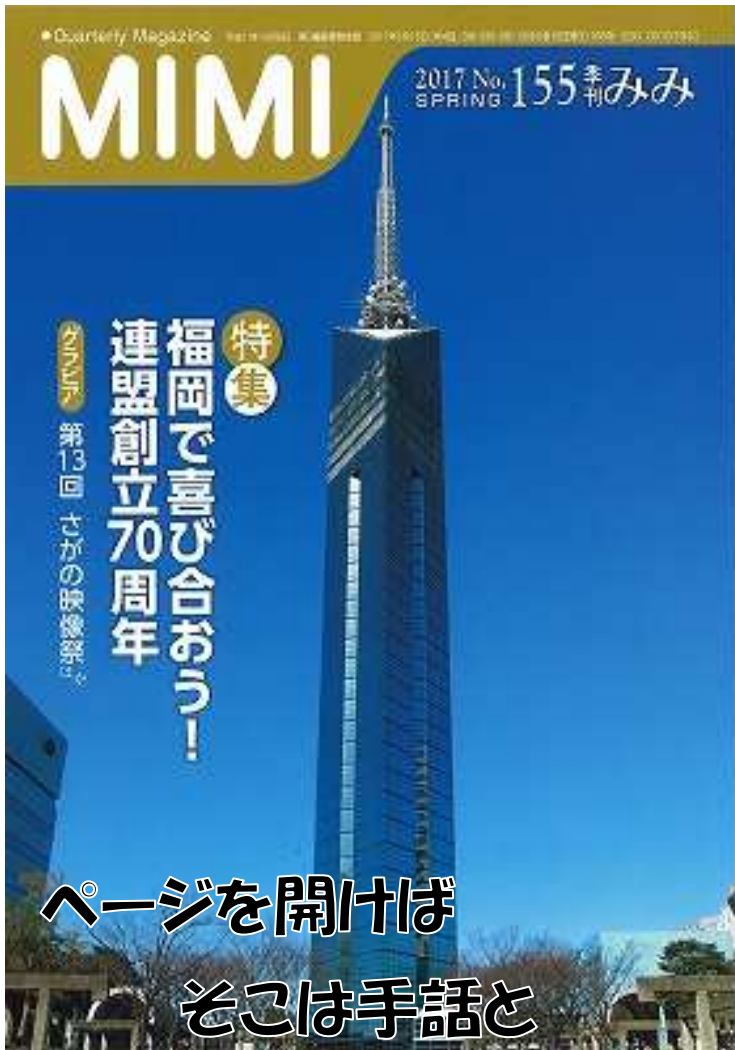
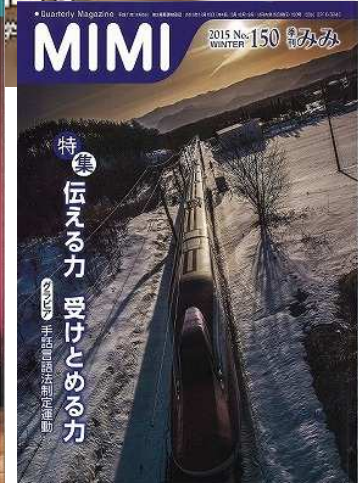
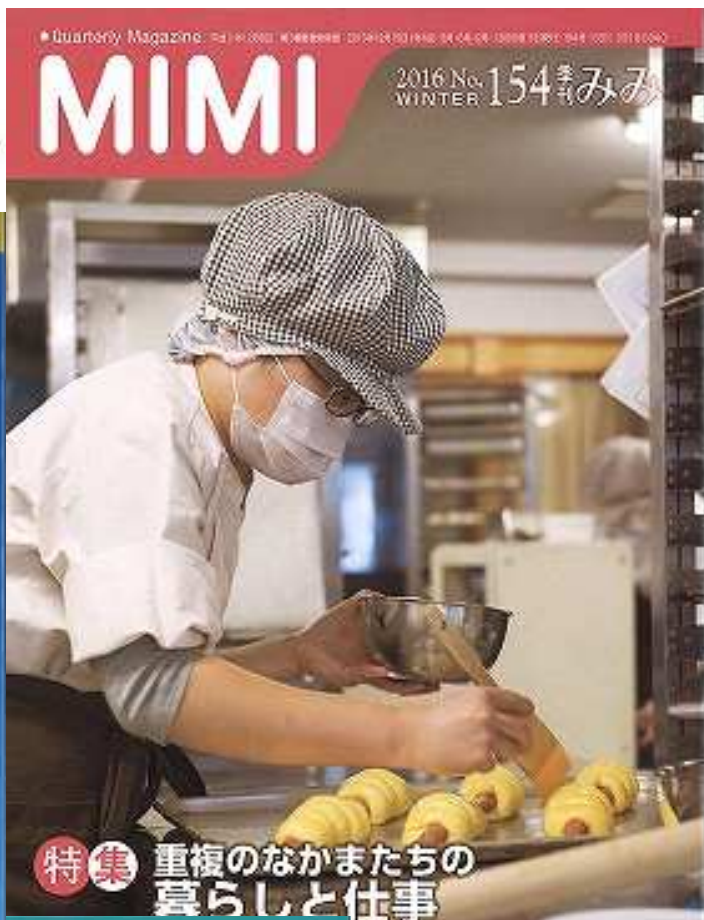


# MIMI 季刊みみ



ページを開けば  
そこは手話と  
ろう者の世界



申込先は、埼玉県聴覚障害者協会事務所まで(FAX:048-825-0774)

## 季刊MIMI 申込書

お名前		
ご住所(〒 _____ )		
① <input type="checkbox"/> 聴覚障害者 <input type="checkbox"/> 健聴者 ② <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
③年齢 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70代~		
TEL _____		FAX _____
購読開始希望	申込日	年 月 日
年 号~	入金確認者	

## 領収書

\_\_\_\_\_ 様  
¥3,416 -

季刊MIMI 年間購読料(送料込)として  
年 月 日  
取扱者  
団体名  
氏名 印