

# リメンバー福岡 メッセージ集～想い～ FAX申込用紙

福岡市精神保健福祉センター宛

■FAX : 092-737-8827

【申込方法】 下欄に必要事項を記入のうえ、FAX(または郵送)にて上記宛てへお申込みください。

【申 込 先】 〒810-0073 福岡市中央区舞鶴 2-5-1 あいれふ 6F 福岡市精神保健福祉センター

送付先 住 所 (必須)	〒 -		
氏 名 (必須)		電話番号 (必須)	( ) -
送 付 希望部数 (必須)	( ) 部	※部数に限りがございますので、必要最小限でお願いいたします。	
FAX 番号	( ) -	E-mail	@
備 考			

※頂いた個人情報は、当メッセージ集の申込・受付のみに使用いたします。

※郵送または宅配便で発送いたします。住所・氏名・電話番号・希望部数は必ずご記入ください。

※発送元の宛名は「福岡市精神保健福祉センター」のみの表記とし、自殺・自死の文字は使いません。

※到着までしばらく時間がかかることもございます。何卒ご了承ください。