

# 空手・重松栄一さんキッズクリニック

## 写真申し込み用紙

〒

※ 住所

※ 氏名

※ 電話番号

| サイズ   | 写真 No. | 希望枚数 | 金額 |
|---|--------|------|----|
| ハガキ<br>サイズ<br>(15.2cm×10.2cm)<br>1枚<br>100円<br>(税込) |        | 枚    | 円  |
|   |        | 枚    | 円  |
|   |        | 枚    | 円  |
|   |        | 枚    | 円  |
|   |        | 枚    | 円  |
|   |        | 枚    | 円  |
|   |        | 枚    | 円  |
|   |        | 枚    | 円  |
| 2L<br>サイズ<br>(17.8cm×12.7cm)<br>1枚<br>250円<br>(税込)  |        | 枚    | 円  |
|   |        | 枚    | 円  |
|   |        | 枚    | 円  |
|   |        | 枚    | 円  |
|   |        | 枚    | 円  |
|   |        | 枚    | 円  |
|   |        | 枚    | 円  |
|   |        | 枚    | 円  |
| 8切<br>サイズ<br>(20.6cm×15.2cm)<br>1枚<br>500円<br>(税込)  |        | 枚    | 円  |
|   |        | 枚    | 円  |
|   |        | 枚    | 円  |
|   |        | 枚    | 円  |
|   |        | 枚    | 円  |
|   |        | 枚    | 円  |
|   |        | 枚    | 円  |
|   |        | 枚    | 円  |

※送料は一律 600 円となります。

写真発注合計金額

(送料)  
円 + 600 円 = 円

### ～ 手続き方法 ～

- ① 本予約用紙を 03-5550-8936 へ FAX 願います。
- ② 当社の郵便口座へご入金下さい。  
(※振込み手数料はお客様負担となります。)
- ③ ご入金を確認でき次第、写真を発送いたします。  
(ご入金から1週間位でお手元に届きます。)

### ～ 振込先 ～

郵便振替口座 番号 00130-3-135569  
加入者名 日刊スポーツサービスセンター  
※お客様の氏名、住所、電話番号  
通信欄に【日刊スポーツキッズクリニック】とご記入下さい。

### ～ お問い合わせ先 ～

〒104-0045 東京都中央区築地 3-5-10  
日刊スポーツサービスセンター 03-5550-8934