



FAX 025-388-2115

きずなタイムカプセル FAXお問い合わせフォーム

ご要望

| | |
|------------|--|
| ご希望納品時期 | 月 日まで納品希望 (<input type="checkbox"/> できるだけ早く) |
| タイムカプセル必要数 | 人分 |

学校、団体情報

| | |
|--------------|--|
| 学校名 | |
| 学年と組、またはクラブ名 | |

代表者様情報

| | |
|---------|--|
| 代表者様お名前 | |
| 郵便番号・住所 | |
| 電話番号 | |
| FAX 番号 | |
| メールアドレス | |