※コピーをとりご活用ください。

集　計　表 ㉗

学校名・クラス	中学校 高等学校（　年　組）	先生名　先生	TEL　（　）
学校住所	都道 府県　市 郡		FAX　（　）

T8100A～D	3WAYマスクケース 四角タイプ・立体タイプ対応

ご希望の色に◯をつけて下さい。

氏　名 ＼ 色	A 赤	B 紺	C ブルー	D 黒
合　計				

山崎教育システム株式会社　FAX：042-392-1110