

■株式会社サガン・ドリーム運営部行

TEL:0942-81-5290 FAX:0942-81-5291

e-mail: info@sagandreams.co.jp**2016 サガン鳥栖ホームゲーム 車椅子席チケット購入申込書兼駐車場申込書****1.車椅子席チケット購入申込書**

障害者手帳	提出済み・今回提出(シーズン初回のお申込の際に手帳の写しを以下に添付してください。)					
①ご観戦日	日付	月 日 ()				
	対戦カード	サガン鳥栖 VS				
	会場	ベストアメニティスタジアム				
②購入枚数・金額	枚				円	参考 : 2,750円/枚
③車椅子 ご利用者 氏名等	フリガナ					
	ご氏名					
	ご住所	〒				
	TEL	(日中に連絡のつきやすいもの)				
	FAX					
	e-mail	(PCなどの文字制限がないもの)				
④付き添いの方の 氏名 ※付き添いがある場 合のみ記入	フリガナ					
	ご氏名					
	TEL	(日中に連絡のつきやすいもの)				

2.駐車場申込書 駐車場 1 台 ※申込 1 枚につき 1 台のみ申込可

⑤車両情報	メーカー		車種		
	カラー				
	車番	例: 佐賀	例: 300	例: さ	例: 1717
その他ご希望等					

※ご記入いただきました個人情報は、当案件のご連絡、当日の対応にのみ利用させていただきます。

身障者手帳 コピー 貼り付け欄

※サイズが合わない場合は、2 ページ目としてコピーを一緒に送付お願いします。
 ※身障者手帳をお持ちでない場合は、証明できるもののコピーを添付してください。

弊社使用欄

【注1】受付期間は、対象試合のチケット一般発売日 10:00 から試合開催日の 7 日前の 12:00 必着

【注2】申込書 1 枚につき、駐車場 1 台のお申込といたします。