

<大木町社会福祉協議会 行 FAX 0944-33-2015>

※FAX 送信の際は、必ず電話にて受信の確認をお願いします。

メセナシート申込書

施設・団体名 _____

ふりがな

担当者名 _____

※当日行かれる代表者名を
ご記入ください。

住 所 _____

電 話 _____

F A X _____

当日連絡先（携帯電話） _____

※必ずご記入ください。

	観戦希望日	対戦相手名	希望枚数
記入例	4月 1日（土）	千葉ロッテ	8 枚
希望日	月 日（ ）		枚
希望日	月 日（ ）		枚
希望日	月 日（ ）		枚

※他の団体と希望日が重複した場合は、観戦日や枚数をご希望どおりにならないことがありますので、予めご了承ください。

※観戦後、1カ月以内にチケットを提供いただきました企業様へのお礼状を本会までご提出ください。

※申込書が足りない場合は、コピーしていただくか当社協ホームページよりダウンロードしてください。