

■ 2019シーズンパス 先行受付用紙

(単)

V・ファレン長崎 2019シーズンパスのお申し込みをいただき、誠にありがとうございます。

下記にお申し込み内容をご記入ください。頂いた個人情報は、シーズンパスのお申し込みに関してのみ使用させていただきます。

申込者氏名	フリガナ			
	(姓)		(名)	
住所	フリガナ			
	〒 - -			
ご自宅電話番号	-	-		
折り返しご連絡時の電話番号 (※携帯電話など)	-	-		
昨年のVパス加入有無	加入していた ・ 加入していない		(加入していた方のみ会員ID) 9918	
購入希望席種 ※ご希望の席種に ○をつけてください	SS	SS指定席		SS指定席 (障がい者)
		希望エリア	座席継続	昨年と同一の座席を希望する場合は✓をしてください → <input type="checkbox"/>
			※昨年と同席希望の場合は、下記記載不要です	
			2F	① ・ ② ・ ③ ・ ④ ・ ⑤ ・ ⑥ ・ ⑦ ・ ⑧ ・ ⑨ ・ ⑩
		3F	⑪ ・ ⑫ ・ ⑬ ・ ⑭	
	S	S指定席		S指定席 (障がい者)
		希望エリア	北側	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ ・ カ
			南側	A ・ B ・ C ・ D ・ E ・ F
	A	A自由席 (大人)		A自由席 (小中高)
		A自由席 (大人/障がい者)		A自由席 (小中高/障がい者)
		A自由席 (大人/車いす)		A自由席 (小中高/車いす)
	B	B自由席 (大人)		B自由席 (小中高)
		B自由席 (大人/障がい者)		B自由席 (小中高/障がい者)
		B自由席 (大人/車いす)		B自由席 (小中高/車いす)
	V	Vシート自由席 (大人)		Vシート自由席 (小中高)
Vシート自由席 (大人/障がい者)		Vシート自由席 (小中高/障がい者)		
Vシート自由席 (大人/車いす)		Vシート自由席 (小中高/車いす)		
お支払方法	前振込 ・ クレジットカード ・ 分割払い			

※分割払いでご購入の場合のみ、ご本人様と一親等までのご家族の方への販売となります

ICカードに記載する氏名 ※Vパス利用者名	(姓)	(名)
--------------------------	-----	-----

詳細のご案内のため、担当者より折り返しご連絡いたします。12月4日(火)以降のご希望日程をご記入ください。

コールセンター営業時間： 9:00~22:00 (※ただし日曜日を除く)

折り返し希望日時	月	日	時 ~ 時頃
-----------------	---	---	--------

※お選び頂ける時間帯【①9:00~12:00 ②12:00~15:00 ③15:00~18:00 ④18:00~22:00】

<事務局使用欄>	<input type="checkbox"/> 障がい者手帳
----------	---------------------------------