



(あて先) 勤労者福祉サービスセンター

E-Mail p-va@chibashi-sangyo.or.jp

FAX 043-441-7775

シーズンシート観戦券申込用紙

令和 年 月 日

事業所番号			事業所名		
会員番号		フリガナ	電話番号		
		氏名	<input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話		

チケット受取方法および送付先 ※必ずどちらかお選びください。

サービスセンター窓口

代金引換郵便(事業所 ・ 自宅)

〒 -

千葉ロッテマリーンズ観戦券

希望日時	席種	枚数	合計金額
月 日 () 曜日 AM・PM (:) ~	<input type="checkbox"/> スターボックス・シート	7,000円/2席	円
	<input type="checkbox"/> スプラッシュシート A	3,000円× 席	円
	<input type="checkbox"/> フィールド・ウイング・シート	6,000円/2席	円
月 日 () 曜日 AM・PM (:) ~	<input type="checkbox"/> スターボックス・シート	7,000円/2席	円
	<input type="checkbox"/> スプラッシュシート A	3,000円× 席	円
	<input type="checkbox"/> フィールド・ウイング・シート	6,000円/2席	円
月 日 () 曜日 AM・PM (:) ~	<input type="checkbox"/> スターボックス・シート	7,000円/2席	円
	<input type="checkbox"/> スプラッシュシート A	3,000円× 席	円
	<input type="checkbox"/> フィールド・ウイング・シート	6,000円/2席	円

ジェフユナイテッド千葉観戦券

希望日時	席種	枚数	合計金額
月 日 () 曜日 AM・PM (:) ~	SS指定席	4,000円/2席	円

アルティーリ千葉観戦券

希望日時	席種	枚数	合計金額
月 日 () 曜日 AM・PM (:) ~	1階指定席 (A)	3,000円× 席	円
月 日 () 曜日 AM・PM (:) ~	1階指定席 (A)	3,000円× 席	円

【事務欄(以下は記入しないでください)】

処理欄

検印	係

受付印