

AC長野パルセイロ ナカマチックシート申込用紙

FAX 026(295)3662
メール info@nsad.or.jp

観戦希望試合	2024年	月	日 ()	試合会場	
--------	-------	---	-------	------	--

【個人でのお申込み】

ふりがな		年齢	才
氏名			
チケット送付先	〒		
住所	長野県		
電話		車椅子の使用	有り・無し
F A X		駐車場利用	有り・無し
E-Mail			
障がい名		介助者氏名	

【団体でお申し込み】

ふりがな		希望人数	人
団体名	(代表者名)	車椅子人数	人
チケット送付先	〒		
住所			
電話		駐車場利用	台
F A X			
E-Mail			
本人氏名	障がい名	車いす使用	年齢 介助者氏名
		有り・無し	

協会受付日