

ヴァンフォーレ甲府

車椅子・各種手帳をお持ちの方指定席 申込書

手帳(身体障障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳)の
コピーと一緒にメールもしくはFAXにてお送りください。

お申込み日 年 月 日

ご観戦希望試合 年 月 日 vs _____

希望席種枚数	有料	無料
席種 (メイン指定中央など)	大人 枚	小中高 枚
	付き添い 枚	

※付き添いが必要とされるお客様については、手帳をお持ちの方は付き添いの方1名様まで、車椅子の方は2名様まで無料とさせて頂きます。(上記以上の枚数が必要な場合は必要枚数のチケットをご購入ください。)

※お申し込みは先着順となります。受理した時点で上限に達している場合はご連絡させていただきます。

大まかなお座席の希望がございましたらご記入ください。

※ご希望に添えない場合もございます。

例:ホームチーム寄り 下段希望 等

ご来場者氏名(フリガナ) _____

ご同行者氏名(フリガナ) _____

ご連絡先 _____

株式会社ヴァンフォーレ山梨スポーツクラブ

Tel:055-254-6867 Fax:055-253-1695

mail:vfmco@ventforet.co.jp