

フィールドドリームプロジェクト申込用紙

申込日 2015 年 月 日

対象日時・試合		6/3 アルビレックス新潟		
申込者 氏名		申込者 住所		
障がい名		手帳番号 ※お持ちの 方のみ	県 第	号
付添者 氏名		付添者 住所		
連絡先 番号		携帯番号 ※当日に連 絡がつく番 号		<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> 付添者
観戦について教えてください				
2014年度から 現在までの観戦回数	<input type="checkbox"/> 初めて	<input type="checkbox"/> 観戦したことがある		回くらい
フィールドドリームプロジェクトで叶えたい夢などを教えてください				
※家族そろっての観戦が夢など				
希望されるお手伝い内容について教えてください				
※車椅子席での観戦・電源が必要・その他希望などをご記述ください				
その他				

※付添の観戦希望者が1名以上の方はこちらに観戦者希望者全員のお名前の記入をお願いします。

※上記に必要事項をご記入の上、松本山雅へFAXしてください。確認後、担当よりご連絡させていただきます。

※個人情報は松本山雅にて適正に管理し、当プロジェクトのサービス提供の利用目的の範囲内において使用いたします。

【企画】 株式会社松本山雅
TEL : 0263-88-5490
FAX : 0263-88-5491