

2019ハーフシーズンパス申込書

お申込日

月 日

以下に必要事項をご記入のうえ、ご郵送または試合会場チケットセンターご持参にてお申し込みください。

1	フリガナ		性別	生年 月日	西暦	年	月	日
	お名前	様	男・女					
	ご住所	〒			TEL	-	-	
					携帯	-	-	
	メールアドレス	@						
	会員区分	1.一般 2.ドリームクラブ 3.後援会・株主・スポンサー 4.22歳以下 5.サッカースクール生 ※後援会法人会員、株主、スポンサーの方は法人名を必ずご記入ください。						
	会員番号	KP・KC・FP・FF ()	法人名					
	希望券種				A:価格	円		
	2018シーズンパスのICカードを持っていますか		はい・いいえ		iD番号	000		

2	フリガナ		性別	生年 月日	西暦	年	月	日
	お名前	様	男・女					
	ご住所	〒			TEL	-	-	
					携帯	-	-	
	メールアドレス	@						
	会員区分	1.一般 2.ドリームクラブ 3.後援会・株主・スポンサー 4.22歳以下 5.サッカースクール生 ※後援会法人会員、株主、スポンサーの方は法人名を必ずご記入ください。						
	会員番号	KP・KC・FP・FF ()	法人名					
	希望券種				B:価格	円		
	2018シーズンパスのICカードを持っていますか		はい・いいえ		iD番号	000		

3	フリガナ		性別	生年 月日	西暦	年	月	日
	お名前	様	男・女					
	ご住所	〒			TEL	-	-	
					携帯	-	-	
	メールアドレス	@						
	会員区分	1.一般 2.ドリームクラブ 3.後援会・株主・スポンサー 4.22歳以下 5.サッカースクール生 ※後援会法人会員、株主、スポンサーの方は法人名を必ずご記入ください。						
	会員番号	KP・KC・FP・FF ()	法人名					
	希望券種				C:価格	円		
	2018シーズンパスのICカードを持っていますか		はい・いいえ		iD番号	000		

D:年間駐車券	9,240円× セット = 円	合計金額 (A+B+C+D) 円
お申し込み特典	※下記いずれかに○をつけてください A B C D (お申し込み多数の場合は抽選となります)	

※お支払い方法は、現金またはクレジットカードにてお支払いください。
 ※4名以上のお申し込みは、コピーをしてご利用いただくか、以下までご連絡ください。
 ※スクール生等お子様のみのお申し込みの場合でも、保護者のお名前ではなく利用者ご本人の情報を必ずご記入ください。

申込書送付先 株式会社アルビレックス新潟 マーケティング部
 〒950-0954 新潟市中央区美咲町2-1-10 TEL025-282-0011 営業時間/土・日・祝日を除く10:00~18:00