

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	西暦	年	月	日	
	お名前	様	男・女	月日					
	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	西暦	年	月	日	
	お名前	様	男・女	月日					
	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	西暦	年	月	日	
	お名前	様	男・女	月日					
	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
--------	---