

## メセナシート申込書

施設・団体名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_

ふりがな  
担当者名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX 番号 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

	観戦希望日	希望枚数
記入例	5/5（金）北海道日本ハム	20 枚
①		
②		

※ご利用いただける日数は、1 団体様あたり 2 日までとなっております。

※1 日のみご希望の場合は、①のみご記入ください。

※他の団体と希望日が重複した場合は、申込受付日が早い方を優先します。

※メールアドレスを記入する際、O・0、I・1 の下にふりがなをお願い致します。