

## メセナシート申込書 (福祉団体様用)

施設・団体名 \_\_\_\_\_

ふりがな  
担当者名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX 番号 \_\_\_\_\_

☆利用希望日数  1日  2日

	観戦希望日	希望枚数	福祉バス利用
記入例	5/5 (土) オリックス	20 枚	○
第一希望			
第二希望			
第三希望			
第四希望			

※ご利用いただける日数は、1 団体様当たり 2 日までとなっております。

※他の団体と希望日が重複した場合は、希望順位を優先し、順位が同位の場合は、申込受付日が早い方を優先します。

※福祉バスについては、ご利用いただけない日程もございますので、別紙「メセナシート配分表」をご参照ください。