

FAX 03 - 3881 - 8052

FAX送信の際は、用紙の表裏
をお間違えないようご確認の
うえ送信してください。

F A X 送 信 書

令和 年 月 日

宛 先:公益財団法人 足立区勤労福祉サービスセンター

送 信 者	会 員 番 号	—
	会 員 氏 名	
	日中連絡のつく 電話番号	(自宅・勤務先・携帯)

申 込 書

イベント・チケット名					
希 望 日	第1希望	月 日	第2希望	月 日	
人数(枚数)	合計 名(枚)	大人 名(枚)	中人 名(枚)	小人 名(枚)	
チケット・通知 などの送付先	(自 宅)〒 (勤務先)住所				

参加者・利用者

NO	参加者・利用者氏名・フリガナ	会員番号又は会員との続柄	年齢
1			
2			
3			
4			
5			
6			

- ※ 送信者本人が参加(利用)する場合は、NO1に記入してください。
- ※ 会員の実父母、配偶者、パートナー、子以外の方は、会員との続柄は「関係者」と記入してください。
- ※ 観劇、美術展、ゆうえんちなどについては、参加者・利用者欄は記入不要です。
- ※ ご記入いただいた個人情報、当該イベント申込の目的以外には利用いたしません。
- ※ 「味の宅配便」のお申込は、通信欄に氏名・〒・住所・電話・品物・個数を記載ください。

(会員からの通信欄)

