

福岡市社会福祉協議会

生活福祉課 福利厚生担当（海老澤宛）

FAX：092-751-1509

「MAGIC CIRCUS」 申込書

【申込書】

申込日 令和 年 月 日

施設番号			
施設名			
加入職員番号			
氏名（カタカナで記入）			
公演日・開演時間	7月29日（土）17時		※ A席・B席 のどちらかの 席種を選択し ○をつけてく ださい
席種	A席	B席	
加入職員本人負担額 （1セット：2枚）	6,000円	4,500円	※お一人様 2セットまで 申し込みでき ます
セット数	セット		
決定通知書送付先（FAX）	（施設宛に送付希望の場合も必ずご記入ください） FAX：		

※署名等記入漏れがある場合は、申込を受け付けることができません。ご注意ください。

申込締切日：令和5年6月21日（水）正午必着

※ 抽選の結果については、6月28日（水）までに当選者のみファクスにて通知いたします。

※ 決定通知後のキャンセルはできません。

※ チケットの転売は禁止されております。