

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

「ミュージカル トッツイー」申込書

申込日 令和5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・席種 | 令和6年3月17日（日）12時開演 A席 | |
| 希望枚数に○をつけて ください | 1枚 | 2枚 |
| 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 : | |

申込締切日：令和5年12月20日（水）正午必着

- ※ 記入漏れがある場合は、申し込みを受け付けることができません。ご注意ください。
- ※ 1枚の申込用紙で複数名分をまとめて申し込むことはできません。
- ※ 抽選の結果については、12月27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。