

大野城まどかぴあ 車椅子スペース申込書

受付日 年 月 日

受付者

事業名			
開催日	平成 年 月 日 ()		
申込者	ふりがな		
	氏名		
	住所		
	TEL	()	—
	携帯	()	—
	同伴者	名	
	車椅子席での付添	・希望する ・希望しない	
	購入席 ※指定席のみ	列 番 ~	列 番
その他	※その他気を付けて欲しいことなどご記入ください。		

※スペースに限りがございますので、車椅子スペースでの付添いの方は 1 台につき 1 名までとさせていただきます。