

新国立劇場 演劇「スカイライト」聴覚に障害を持つお客様への観劇サポート  
ポータブル字幕機お貸し出しサービス FAX申込書

**ファックス送信先:03-5352-5744**

ご希望の公演 (○をつけてください)	12月13日(木)14:00 / 12月15日(土)13:00
希望される字幕機の台数	
お名前	
ご連絡先 (ファックス番号、メールアドレスなど)	

併せてチケットご購入を希望される方は、下記にもご記入ください

①購入を希望されるチケットの席種と枚数をお教えてください。

	障害者割引 (20%割引) (注1)	お付添い (注2)	割引なし
A席 (定価6,480円)	枚 (1枚 5,184円)	枚 (無料)	枚 (1枚 6,480円)
B席 (定価3,240円)	枚 (1枚 2,592円)	枚 (無料)	枚 (1枚 3,240円)

注1)身体障害者手帳をお持ちのご本人が対象です

注2)第1種身体障害者手帳をお持ちの方は、お付添い1名様分のチケットが無料となります

②「あ〜う」の中から、ご希望のお支払い方法をお選びください。

あ) クレジットカード ⇒ 以下内容をご記入ください。

<input type="checkbox"/> VISA (一括のみ) <input type="checkbox"/> MASTER (一括のみ) <input type="checkbox"/> JCB (一括・リボルビング) <input type="checkbox"/> AMEX (一括のみ) <input type="checkbox"/> Diners (一括のみ)												
カード番号												
有効期限	2	0	年		月							
カード記載氏名												

い) 郵便振替 ⇒ 右にチェックしてください。折返し口座情報等をご返信いたします

う) 銀行振込 ⇒ 同上

○お申込みを承った後、チケットお引取りの方法等についてファックスでご返信いたします

○お席の位置は劇場にお任せいただきます。ご了承ください

ご要望があればお書きください

公益財団法人新国立劇場運営財団 営業部公演事業課

事務作業欄	公演事業課受取	月	日	時	分	実施者
	ボックスオフィス回付	月	日	時	分	実施者