

| | |
|------------|--|
| 開催日 | 月 日 () |
| お名前 | |
| 携帯番号 | |
| ご住所 | 〒 |
| 座席番号 | |
| 枚数 (ご来場人数) | |
| 開演時間 | <input type="checkbox"/> 1部 <input type="checkbox"/> 2部 <input type="checkbox"/> 3部 |
| チェック項目 | <input type="checkbox"/> お預かりした個人情報は以下の場合を除き、ご自身の事前の同意なく、第三者に提供することは一切いたしません。 ----- <input type="checkbox"/> 保健所より個人情報の提示を求められた場合、提供させていただきます。 ----- <input type="checkbox"/> ご提出いただいた個人情報は公演日の一か月後、責任をもって破棄させていただきますので、ご了承ください。 |