

緊急企画☆『よみがえる明治座東京喜劇』に申込みます。

参加希望日 2021年 月 日 ()

会員番号
.....

事業所名
.....

事業所所在地
.....

fax
.....

☎
.....

参加者氏名 被保険者 ・ 被扶養者

参加者氏名 被保険者 ・ 被扶養者 ・ 会員以外

参加者氏名 被保険者 ・ 被扶養者 ・ 会員以外

※いずれかに○をつけてください。

※応募結果はfaxにてご連絡します。

※チケットは観劇当日、明治座受付にて引き換えになります。

※内容および出演者等は、変更になる場合があります。

※お申込み後のキャンセルおよび日程変更はお受けできません。