

HC日光アイスバックス10周年スタジャン申し込みフォーム

この度はお申し込みをいただき、誠にありがとうございます。
以下の項目にご記入のうえ、FAX、MAILもしくは郵送にて、
日光アイスバックス事務所「スタジャン係」宛にお送りのほどよろしくお願いたします。

・お客さま情報のご記入

お名前
(姓) _____ (名) _____

ふりがな
(姓) _____ (名) _____

郵便番号
(〒) _____

ご住所
(都道府県) _____ (市町村) _____

(以下の住所) _____

(マンション・アパート名) _____ (※部屋番号までご記入ください)

電話番号
(TEL) _____

ファックス番号
(FAX) _____

メールアドレス
(Mail) _____ @ _____

クラブ会員番号
(NO.) _____

・スタジャンについてのご記入

SIZE
(サイズ) _____ (※ XS. S. M. L. XL. 2XL からお選びください。)

SLEEVE DESIGN (左腕につけるご希望の英数字)

上段 (アルファベット2文字) ____ ____

下段 (数字2文字) ____ ____

POCKET (左ポケット上のネーム)
アルファベットもしくは数字 (両方の掛け合わせも可能)

(10文字以内) _____
※ポケット上のネームはアルファベットもしくは数字の筆記体となります。

(株) 栃木ユナイテッド
HC日光アイスバックス
〒321-1411
栃木県日光市稲荷町2-360-9
Tel : 0288-53-5166
Fax : 0288-53-1491
Mail : stajum@icebucks.jp