

## スカイマーク座席手配書 (FAX 専用申込書 : 受付時間 9:00~19:30)

発売開始は、搭乗 2 ヶ月前の同一日午前 9 時 30 分より承ります。

--- 予約センターFAX : 050-3116-7373 ---

この度は当社航空券をお申込みくださりまして、誠にありがとうございます。  
予約確認後、再度こちらより連絡申し上げます。

### ■ご希望便をご記入ください。

月/日	出発地		到着地	便名	出発時刻	予約番号 (当社記入)	金額 (当社記入)
		⇒		SKY	: 発		
		⇒		SKY	: 発		

### ■ご搭乗される方をご記入下さい。

ふりがな			
お名前	男性・女性( 才)	男性・女性( 才)	男性・女性( 才)
身障者手帳 の有無	無 / 有 (第一種/第二種)	無 / 有 (第一種/第二種)	無 / 有 (第一種/第二種)
ふりがな			
お名前	男性・女性( 才)	男性・女性( 才)	男性・女性( 才)
身障者手帳 の有無	無 / 有 (第一種/第二種)	無 / 有 (第一種/第二種)	無 / 有 (第一種/第二種)
代表者氏名	ご連絡先(FAX)		

### ■お支払方法について

お客様は、身障者手帳をお持ちのうえ、出発の 1 時間前までに空港カウンターにてお支払をお済ませ下さい。  
ご不明な点やお問い合わせがありましたら、下記備考欄にご記入ください。

備考
----