

## ＜ 座席手配書 ＞

この度はスカイマーク航空券をお申込みくださいます、誠にありがとうございます。  
 予約完了後、予約番号を記入して返送させていただきます。

◆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		

◆お申込みされる方・ご搭乗される方をご記入下さい。

お申込みされる方のお名前	連絡先(FAX)
--------------	----------

ご搭乗される方のお名前	性別	年齢	各種手帳(※1)の有無
フリガナ	男性・女性	才	無 / 有
フリガナ	男性・女性	才	無 / 有
フリガナ	男性・女性	才	無 / 有

※1 身体障害者手帳、戦傷病者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳

◆お支払方法について

ご希望のお支払方法に✓印をお願い致します。

- コンビニエンスストア支払 ※ご希望の店舗を○で囲んでください。  
 (セブンイレブン / ローソン / ファミリーマート / セイコーマート / ミニストップ)
- クレジットカード支払  
 JCB / VISA / Master / American Express / Diners カードがご利用頂けます。  
 弊社ホームページ(<https://www.skymark.co.jp>)よりご予約確認後、ご決済手続きが可能です。
- 旅行代理店支払  
 ※ 取扱店舗によっては、購入の際に手数料を収受する店舗もございます。事前に取扱店舗へご確認下さい。

◆お支払期限(当社記入)

年 月 日 ( )

※お支払期限を過ぎますと、予告なしにご予約が取り消されますので、ご注意ください。

※障がい者割引運賃をご利用のお客様は、ご搭乗手続きの際に、当社カウンターで該当する手帳(身体障害者手帳・戦傷病者手帳・療育手帳、精神障害者保健福祉手帳)をご提示ください。

備考
----