

# スカイマーク座席手配書(FAX専用申込書:受付時間 8:00~20:30)

ご予約は、搭乗 3ヶ月前の同一日午前 9 時 30 分より承ります。

※一部割引運賃の発売開始についてはこの限りではありません。詳細はホームページをご確認ください。

— — — 予約センター FAX:0570-007-283 — — —

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。

お名前・フリガナ	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
フリガナ	男性・女性	才	無 / 有
フリガナ	男性・女性	才	無 / 有
代表者氏名:		連絡先(FAX)	

※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)

指定旅行代理店支払

お近くの旅行代理店をご案内致しますので、大まかな所在(最寄駅など)をご記入下さい。

※ 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。事前に対処店舗へご確認ください。

[ ]

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。

弊社インターネットホームページ(<http://www.skymark.jp>)よりご予約確認後、ご決済手続きが可能です。

◆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、旅行代理店でのご購入、および当社カウンターでのご搭乗手続きの際は、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