

担当者	
-----	--

定期券購入申込書

 新規 継続

年 月 日

氏名				性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所					
生年月日	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年 月 日 (才)	電話等	— —	
区 間	_____ ~ _____ (乗継地点) (経 由)				
利 用 開 始 日	平成 年 月 日 から	種 別	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 1ヶ月	<input type="checkbox"/> 3ヶ月
備 考	来店予定日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時頃		<input type="checkbox"/> 学生	<input type="checkbox"/> 1ヶ月 <input type="checkbox"/> 往復	<input type="checkbox"/> 3ヶ月 <input type="checkbox"/> 片道
			学校名 _____		



小豆島オーリーブス株式会社

FAX : 0879-62-0217

TEL : 0879-62-0171