あなたの大切な人の夢を叶えるプロジェクト

Presents by 保険クリニック

## 応募者

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ | | ご職業 | |
| お名前 | 男・女 | | |
| ご住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | | メールアドレス | |
| キャンペーンを知ったきっかけ | | | |
| ご協力いただける内容について | 下記①・②両方にご協力いただける方を対象とさせていただきます。<br>① インタビューの協力や、応募の経緯等の二次使用（個人情報を含まない範囲での使用となります）<br>② メディア(テレビ、ホームページ等)への露出<br>ご同意いただける場合、チェックをお願いします。▶ ☐ ①、②両方に協力します | | |
| 注意事項（ご同意いただける場合、チェックをお願いします。） | ・当選後のキャンセルやチケットの譲渡はできません。<br>・会場までの交通費、飲食の追加注文分は別途お客様負担となります。 ☐ 左記注意事項に同意します | | |

## プレゼントしたい方について

● どのような関係の方ですか?

※1組8名様まで。3歳以下の方はチケット不要です。

合計人数：　名
（うち3歳以下：　名）

● プレゼントしたい理由をお書きください

ご記入ありがとうございました。福岡県内の『保険クリニック』各店舗へご持参、または下記住所へご郵送ください。

＜送付先＞　〒113-0033　東京都文京区本郷二丁目27-20 本郷センタービル4階
株式会社アイリックコーポレーション 広報宣伝部

＜応募締切＞　2016年7月24日(月) ※当日消印有効

※ ご記入いただいた個人情報は、選考・当選者へのチケット発送、本件に関する諸連絡の目的以外では使用いたしません。また、法令などにより開示を求められた場合を除き、お客さまの同意無しに第三者に開示・提供することはありません。