

グループ代表者の住所・氏名・電話番号
を記入。必ず押印願います。
(グループ名、企業名がある場合は記入)

申請日を記入

様式第1号(第4条関係)

平成 年 月 日

九州佐賀国際空港活性化推進協議会会長 様

住 所
グループ名
(ふりがな)
代表者氏名
生年月日
電 話 番 号

印

平成29年度九州佐賀国際空港国際線グループ旅行支援事業費助成金交付対象承認申請書

九州佐賀国際空港国際線を利用して下記のとおり旅行を実施したことを、九州佐賀国際空港国際線
グループ旅行支援事業の対象として承認いただきますよう、平成
グループ旅行支援事業費助成金交付要綱第4条第1項の規定により

旅行の行程(行き先、日程)を記入

記

| | |
|-------------|--------------------------------|
| 行先地 | |
| 旅行日 | 平成 年 月 日 出発 ~ 平成 年 月 日 帰着 |
| 往路利用便 | 出発空港: 佐賀空港・福岡空港・その他() 便 名: |
| 復路利用便 | 到着空港: 佐賀空港・福岡空港・その他() 便 名: |
| 旅行するグループの人数 | 名(予定) |
| グループの種類 | 職場(職場名: 友人・その他() |

往路・復路で搭乗する便の利用空
港名及び便名を記入・選択

※ 申請に当たっては、裏面の誓約を確認の上、下記の口にしを記入すること

グループ全員が、裏面のアからキまでに該当するものではありません。また、イから
キまでに掲げる者が、その経営に実質的に関与している者、またはその親戚等
はありません。

グループの人数・グループの種類
を記入・選択

【提出先】

〒840-8570 佐賀県佐賀市城内1-1-59

九州佐賀国際空港活性化推進協議会(佐賀県空港課内)

「国際線グループ旅行支援担当」宛

裏面を確認して、必ずチェック(☑)