

県営名古屋空港応援キャンペーン

FDA運賃（片道） **1,000 円**
キャッシュバック

対象外

無償航空券、ご搭乗45日前までにご予約・ご購入いただく割引運賃「45割」、バースデー割、団体でのご利用についてはキャッシュバック対象外とさせていただきます。

- キャンペーン期間 2018年4月1日～
2019年3月31日のご搭乗分
- キャッシュバック対象者 春日井商工会議所の会員
 - ・個人会員は、事業主とその家族及び従業員とその家族
 - ・法人会員は、役員とその家族及び従業員とその家族

中部圏でのビジネス活性化に不可欠な空港からの地方路線。なかでも愛知県営名古屋空港は、名古屋中心部からのアクセスも近く、多くのビジネス利用者に活用されています。春日井商工会議所ではフジドリームエアラインズ（FDA）と合同で、「県営名古屋空港応援キャンペーン」を実施することといたしました。

この機会にぜひ県営名古屋空港発着路線をご利用ください。

申請方法（申請期間：ご搭乗日より30日間）

1.FDAメンバーズ（入会金・年会費無料）に登録する



FDA ホームページから、会員登録を行い、会員番号を入手してください。
県営名古屋空港発着の定期便を利用後に登録いただいても構いません。

2.県営名古屋空港発着の定期便を利用する



対象の路線は、県営名古屋空港発着の「青森便・いわて花巻便・山形便・新潟便・高知便・出雲便・北九州便・福岡便・熊本便」となります。

3.春日井商工会議所へ申請して下さい



裏面にある申請書に必要事項をご記入のうえ、ご搭乗日から30日以内に、春日井商工会議所窓口へ持ち込み、またはFAXにて申請して下さい。必要事項に不備がある場合は、受理されない場合がございます。

4.春日井商工会議所窓口にて キャッシュバック代金をお支払い致します

- ・申請書受理後、FDAへ搭乗確認を行います。
- ・キャッシュバック回数には制限はございません。

■■ 問合せ先 春日井商工会議所 TEL 0568-81-4141 ■■

平成30年4月1日

春日井商工会議所宛

(FAX: 0568-81-3123)

申請者 事業所名 _____

所在地 _____

申請者 _____

電話番号 (_____) _____

FAX (_____) _____

県営名古屋空港応援キャンペーン キャッシュバック申請書

県営名古屋空港応援キャンペーンにおいて、下記の通り申請いたします。なお、申請にあたっては次の事項に同意いたします。

① キャッシュバック対象者であることを、春日井商工会議所で確認を受けること。

② 記載間違い等の事由により申請者に連絡・確認できない場合は、当該申請が取り下げられても異議を申し出ないこと。

記

【キャッシュバック対象者】

①	フリガナ		生年月日(年齢)	対象区分(○印)
	氏名		. . ()	事業主・役員 従業員 家族
FDAメンバーズ番号		(搭乗日 月 日) (便名 FDA 便) (県営名古屋空港 → 空港)		
		(搭乗日 月 日) (便名 FDA 便) (空港 → 県営名古屋空港)		
②	フリガナ		生年月日(年齢)	対象区分(○印)
	氏名		. . ()	事業主・役員 従業員 家族
FDAメンバーズ番号		(搭乗日 月 日) (便名 FDA 便) (県営名古屋空港 → 空港)		
		(搭乗日 月 日) (便名 FDA 便) (空港 → 県営名古屋空港)		
③	フリガナ		生年月日(年齢)	対象区分(○印)
	氏名		. . ()	事業主・役員 従業員 家族
FDAメンバーズ番号		(搭乗日 月 日) (便名 FDA 便) (県営名古屋空港 → 空港)		
		(搭乗日 月 日) (便名 FDA 便) (空港 → 県営名古屋空港)		
④	フリガナ		生年月日(年齢)	対象区分(○印)
	氏名		. . ()	事業主・役員 従業員 家族
FDAメンバーズ番号		(搭乗日 月 日) (便名 FDA 便) (県営名古屋空港 → 空港)		
		(搭乗日 月 日) (便名 FDA 便) (空港 → 県営名古屋空港)		
⑤	フリガナ		生年月日(年齢)	対象区分(○印)
	氏名		. . ()	事業主・役員 従業員 家族
FDAメンバーズ番号		(搭乗日 月 日) (便名 FDA 便) (県営名古屋空港 → 空港)		
		(搭乗日 月 日) (便名 FDA 便) (空港 → 県営名古屋空港)		
申請額			1,000 円 ×	片道 = 円

※5名を超える対象者がある場合は、本書をコピーしてお使いください。

【春日井商工会議所 確認欄】

上記の申請者は、キャッシュバック対象者であることを確認しました。 平成 年 月 日

春日井商工会議所 確認職員名 _____ 印 _____

※記載された個人情報は、本件の事務処理にのみ使用します。