

平成 30 年度プログラム責任者養成講習会 神戸会場 様

スペースアルファ神戸 前泊申込書

太枠内にご記入のうえ、**9月25日**までに FAX にてお申し込みください。

宿泊される方のお名前	(フリガナ) _____	□男性 ・ □女性
申込者のお名前	□ご本人 ・ □代理の方 お名前： _____	
ご連絡先 お申込み内容について連絡させていただく場合がございます。 *印は必須入力になります。	*ご住所（勤務先でも可） 〒 _____ *TEL ( ) _____ *FAX ( ) _____ 携帯 ( ) _____ MAIL _____ @ _____	
お申込内容（お申込みをされる項目にチェック <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください）		
□ 10月14日(日) ご夕食 1,620円 <ご利用時間> 18:00~19:00 ※セルフサービス		
□ 10月14日(日) ご宿泊 7,560円 スタンダードシングル		
□ 10月15日(月) ご朝食 864円 <ご利用時間> 7:20~ 8:45 ※セルフサービス		
お支払い金額	円 上記はすべて税込価格でございます。	
お支払いについて（ <u>どちらか</u> 該当する箇所にチェック <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください）		
□ 来館時にフロントにてお支払い（お支払いの受付時間帯 8:00~22:00） お名前(ご宿泊される方)以外の領収書が必要な場合の宛名： _____		
□ 請求書発行希望（請求書はご利用後に発送させていただきます） ご請求書の宛名： _____ ご送付先： 〒 _____		

※チェックイン時間：15：00～24：00

（ご到着が 24 時以降になる場合は、フロント(078-981-9000)にご連絡ください。）

※当施設は館内禁煙でございます。喫煙は中庭(5:00~24:00)をご利用願います。

※当施設ではご飲食物のお持込はご遠慮いただいております。皆様のご協力をお願いいたします。

※お申し込み以降のお取り消しには右記キャンセル料が発生いたします。予めご了承ください。

※お預かりした個人情報は個人情報保護に関する法令その他規範を遵守し、適正に管理し、本申込みにのみ使用いたします。

キャンセル日	宿泊室	お食事
前々日～前日 16 時	0%	100%
前日 16 時～ご利用当日	100%	100%

2018 年 月 日

上記内容でお申込を受け付けました。

当日のご来館をこころよりお待ち申し上げます。

株式会社富士ゼロックス総合教育研究所  
スペースアルファ神戸 予約係  
〒651-1301 神戸市北区藤原台北町 4-27  
http://www.sa-kobe.jp/  
TEL078-981-9000 FAX078-981-8380

受付印