

平成29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、**10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) _____ | <input type="checkbox"/> 男性 ・ <input type="checkbox"/> 女性 |
| 申込者のお名前 | <input type="checkbox"/> ご本人 ・ <input type="checkbox"/> 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） | | |
| <input type="checkbox"/> 11月23日(木) ご夕食 1,620円 <ご利用時間> 18:00~19:00 ※セルフサービス | | |
| <input type="checkbox"/> 11月23日(木) ご宿泊 7,560円 スタンダードシングル | | |
| <input type="checkbox"/> 11月24日(金) 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） | | |
| <input type="checkbox"/> 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： _____ | | |
| <input type="checkbox"/> 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% |

2017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 (担当 小山)
〒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 |
| |