

予約申込書 Certificate of reservation

★下記を記入の上、ファックス下さい。

→FAX-NUMBER 020-4666-6133

お名前 (ふりがな)

お名前 (漢字)

性別 (男・女)

生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日生 (歳)

ご住所 (〒 -)

自宅電話 :

携帯電話 :

FAX番号 :

電子メール : @

ご職業 (職種)

希望日程 : 月 日 () ~ 月 日 () の 泊 日

部 屋 : (C ・ B ・ A)

レンタルテレビの希望 (有 ・ 無) ※Cの部屋の場合のみ

当院ご利用は : (初めて ・ 2回目 ・ 3回以上)

滞在の目的もしくは病名 :

☆希望日程は7日間以上でお願い致します。

☆予約確認書を送付したことで予約は成立しませんのでご注意下さい。

☆返事のない場合は再度送付頂くかメール又はお電話を下さいますようお願い致します。