

送信先 F A X 番号

0 5 5 - 9 5 1 - 3 0 5 5

## 日専連ソニック会議室 利用申込書

名称 (領収書・請求書の宛名)					
住所	〒 ー				
ご担当者氏名					
T E L	( )				
F A X	( )				
利用日	年 月 日 曜日から 日まで				
該当に <input checked="" type="checkbox"/>	利用時間	<input type="checkbox"/> 9:00~13:00	<input type="checkbox"/> 13:00~17:00	<input type="checkbox"/> 17:00~21:00	<input type="checkbox"/> 終日
		<input type="checkbox"/> 時間貸し ~			
	利用目的	<input type="checkbox"/> 販売	<input type="checkbox"/> 会議	<input type="checkbox"/> セミナー	<input type="checkbox"/> その他
利用人数 (おおよそで構いません)	人				
該当に <input checked="" type="checkbox"/>	支払方法	<input type="checkbox"/> 当日現金支払 (領収書あり)		<input type="checkbox"/> 振込 (振込手数料は申込者負担になります)	
	請求書の有無	<input type="checkbox"/> 必要		<input type="checkbox"/> 不要	

注  
意  
事  
項

- \* 1週間前よりキャンセル料を頂きます。(使用前日までは半額、当日は全額)
- \* 代金(現金の場合)はご利用前に2階事務所でお支払い下さい。
- \* 公序良俗に反する商業行為は受け付けません。
- \* 会場の設営、湯茶の利用は各自で行い、使用後は所定の場所に戻して下さい。
- \* 飲食は出来ますが、ゴミは各自でお持ち帰り下さい。
- \* 建物内の造作、備品、器具等の破損については、実費で修繕費を頂きます。

上記の項目にご記入の上、F A X を送信して下さい。  
折り返し、こちらから確認済みの F A X を送付して予約完了となります。

確  
認  
用  
欄

日専連ソニック会議室のご利用ありがとうございます。  
お申し込みの日時で予約を承りましたので、ご連絡致します。  
利用金額は \_\_\_\_\_ 円(税込)になります。ご確認ください。

年 月 日  
株式会社日専連ソニック  
T E L : 055-951-0039