ホテルオークラ東京ベイ 保養所利用申込書

※太枠の中をご記入ください。

関東信越税理士国民健康保険組合

申込日:　　年　月　日

事 業 所 名			
記 号・番 号	－	電 話 番 号	－　　－
申込代表者名 （組合員名）	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	FAX 番 号	－　　－

利用希望日	第 1 希望	年　月　日（　）より　泊
	第 2 希望	年　月　日（　）より　泊
	第 3 希望	年　月　日（　）より　泊

希 望 客 室	スーペリアルーム ・ デラックス Jr.スイート ・ エグゼクティブスイート・特別プラン名（　　）
宿 泊 者 数	名
ベッド利用数	2 ・ 3 ・ 4

※1室の定員は 4 名となります。

※季節により「特別プラン」の用意もございます。
特別プランをご用命の際はプラン名をご記入ください。

＜利 用 承 認 書＞

□下記の日程で手配ができました。

利 用 日	年　月　日（　）より　泊

※ホテルからの連絡事項

※変更・取消しの場合は、速やかにホテルへ直接ご連絡ください。

●連絡先

・ホテル宿泊予約：047-355-3344（9：00～21：00）

・　〃　代表：047-355-3333（24 時間）

ホテル予約確認 （担当者印）	税理士国保 （承認印）

年　月　日

ホテルオークラ東京ベイ 宿泊予約

※宿泊される際は、必ずこの利用承認書を持参してください。

※補助金を申請される方は、当組合「保養所利用補助金交付申請書」に必要事項を記入の上、宿泊時に利用証明を受けてください。
また、申請時には利用者名が個別にわかる領収書（原本）の添付が必要となります。

【 お申し込み FAX 番号：０４７－３９０－９４３０ 】