福利厚生施設 申込書

申込日 ：　　年　　月　　日

スタッフ No.	
代表 ご利用者名	（フリガナ）
希望連絡先	TEL ：
派遣先名	
宿泊施設名	※場所を記入して下さい。
ご利用期間	年　月　日 ～ 年　月　日 （　泊　日）
宿泊人数	【大人】　名 ／ 【子供】　名 （ 合計　名）

宿泊者氏名 （利用される方、すべての氏名を記入してください。）	★未就学の方は年齢を記入してください。 ★小学生の方は学年を記入してください。

◆◆キャンセル料について◆◆

✤申込書のFAX送信後に、宿泊予約のキャンセルをされた場合、キャンセル料が発生致します。

以上の点に同意いたします。　　署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【 福利厚生施設への申込方法 】

①大阪オフィス＜0120-01-8082＞へ　希望の宿泊先・日程をお伝え頂き、仮予約を行います。

（予約できる日程は受付日より1ヵ月後～3ヵ月までの期間で3泊までとなります。）

②宿泊施設の空き状況を確認後、施設担当者よりお電話致します。

（その際、宿泊に関する詳細もお伝え致します。）

③仮予約の受付が終わりましたら、【福利厚生施設 申込書】 をご記入頂き、FAXにてお申し込みください。

リバティー株式会社　大阪オフィス　≪FAX　06-6344-8084≫