

受付日： 年 月 日

【社友】資生堂健康保険組合
山中湖保養所利用申込書

お申込先：リフレッツ倶楽部予約センター
営業時間/月～土10：00～17：00 休業日/日曜日・祝日・年末年始

FAX：0570-057-019 / TEL：0570-057-009

〒699-0203 島根県松江市玉湯町布志名767-31 (株イーウェル リフレッツ倶楽部予約センター宛て

※こちらの申込書は、お電話でご予約後に上記申込先へFAXしてください。

リフレッツ

利用代表者	(ふりがな)			保険証	有・無	保険証の記号・番号 (保険証をお持ちの方)	記号 - 番号
	氏 名						99 -
連絡先 (TEL)	()			FAX	()		
住 所	〒						
利 用 日	平成 年 月 日 ～ 泊						
利 用 人 数	A被保険者：	名 (男性 名・女性 名)				合計人数： 名	
	A被扶養者：	名 (男性 名・女性 名)					
	B社友：	名 (男性 名・女性 名)					
	C第三者：	名 (男性 名・女性 名)					
	幼児=3才以下	名 (夕食：有・無 / 朝食：有・無 / 寝具：有・無)					
利 用 料 金 (税 込)	泊数	室料			食事料		
		A 被保険者 被扶養者	B 社友 (本人のみ)	C 左記以外の方 (第三者)	夕食	朝食	
	1泊目	2,200円×____名	3,200円×____名	5,200円×____名	1,300円×____名	500円×____名	
	2泊目	2,200円×____名	3,200円×____名	5,200円×____名	1,300円×____名	500円×____名	
※寝具が必要な幼児は“室料”/食事が必要な幼児は“食事料”がかかりますので、上記利用料金欄へ人数をご記入ください↑↑ 3歳以下で寝具/食事を必要としない幼児は無料となりますので、上記利用料金欄へのご記入は不要です。							
交通手段	車 (台) ・ 電車 ・ バス ・ その他			チェックイン時刻		:	
特 記 事 項	※ご予約は <u>ご利用日の2ヶ月前より</u> お電話にて受付しております。お電話でご予約後に、こちらの申込書をFAXしてください。 ※こちらの申込書は、 <u>ご利用日の10日前までに</u> リフレッツ倶楽部予約センター (0570-057-009) へお送りください。 ※キャンセル料は、ご利用日3日前17：00まで・・・無料/ご利用日2日前～前日17:00まで・・・夕食代を徴収/当日・・・食事代・利用料金の全額を徴収 ※ご利用日3日前までの変更・キャンセルはリフレッツ倶楽部予約センターまでお電話ください。 ご利用日2日前～当日 (キャンセル料発生期間) の変更・キャンセルは山中湖保養所 (0555-62-0402) までお電話ください。 ※年末年始 (12/31～1/3) については、食事料金が異なりますのでリフレッツ倶楽部予約センターまでお問い合わせください。						
備 考							