

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)	(フリガナ)	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	スーパーリアルーム・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	※1室の定員は4名となります。	
ベッド利用数	2 ・ 3 ・ 4	※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 】