

↓いずれかに○をしてください

## highland resort KOWAKIDANI 新規 変更 申込用紙

申込責任者 (日本軽金属健康保険組合加入者) しろがね会・日軽アルミOB会・日軽ロール会の方は事業所名に所属会名を記入												
記号・番号				事業所名								
フリガナ				所属部署								
氏名				連絡先電話番号								
				携帯電話番号								
				返信先FAX								
利用代表者 (申込責任者が同行する場合は記入不要です)												
フリガナ				電話番号								
氏名				携帯電話番号								
				住所								
利用希望年月日	第1希望	平成	年	月	日	( )	～	泊				
	第2希望	平成	年	月	日	( )	～	泊				
利用人数	大人(中学生以上) 名		小人(4歳～小学生) 名		乳幼児(3歳以下) 名		合計 名					
部屋の希望	和室 ( ) 室	洋室	部屋人数内訳	( )	( )	( )	( )	( )	( )			
食事数	夕食		朝食	追加料理 (書ききれない場合は備考欄へご記入ください)								
	通常食	こども食										
1泊目	名	名	名	×		×						
2泊目	名	名	名	×		×						
到着予定時間		交通手段			会議室予約							
時	分頃	車 ( ) 台	公共交通機関		月	日	時	分から				
		その他 ( )			月	日	時	分まで				
利用者氏名 (利用者全員記入) 加入区分: 1 被保険者、2 被扶養者、3 しろがね会、4 日軽ロール会、5 日軽アルミOB会、6 その他												
保険証記号 - 番号	氏名			性別	年齢	宿泊数	加入区分 (数字に○)					
-	1						1	2	3	4	5	6
-	2						1	2	3	4	5	6
-	3						1	2	3	4	5	6
-	4						1	2	3	4	5	6
-	5						1	2	3	4	5	6
-	6						1	2	3	4	5	6
-	7						1	2	3	4	5	6
-	8						1	2	3	4	5	6
備考欄												
事業所名				担当者名		外線電話		外線FAX				
保養所からの連絡事項												
<input type="checkbox"/> 受付致しました 受付日 _____ 担当者 _____												