

フジタルーデンスクラブ利用申込書

申込年月日 年 月 日

利用施設名	
-------	--

申込先: 日通ハートフル(株) 保養所担当 TEL: 03-6251-6541 FAX: 03-6251-6504
--

到着時間	時	分	交通機関	電車・バス・車	台・その他()			
利用希望	第1希望	月	日()	～	月	日()	泊	日
	第2希望	月	日()	～	月	日()	泊	日

利用責任者(1)	フリガナ		続柄	性別	年令	記号	被保険者番号	
	氏名							
	利用責任者区分		所属事業所名			課所名		
	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者							
	自宅住所	〒 -		社内連絡先	電話	- -		

利用責任者以外の利用者氏名							
NO.	記号	被保険者番号	利用者区分	氏名	性別	年令	続柄
2			被保・扶養・外部				
3			被保・扶養・外部				
4			被保・扶養・外部				
5			被保・扶養・外部				
6			被保・扶養・外部				
7			被保・扶養・外部				
8			被保・扶養・外部				
9			被保・扶養・外部				
10			被保・扶養・外部				

利用人員内訳						
	大人		小人	合計	幼児	0～2
	男	女	計			
被保険者						
被扶養者						
外部						
計						
部屋数	シングル				室	
	ツイン				室	
	和室				室	
	その他				室	

☆連絡事項☆ 利用の「可・否」はFAXで行います。

受付 /	受付番号
------	------

フジタルーデンスクラブ記入欄

利用日	可 (第1希望・第2希望)	☆連絡事項☆			
	不可				
ルームタイプ	シングル 室 和室 室				
	ツイン 室 その他 室				
予約NO.					
担当者					

*キャンセル料発生日: 年 月 日

【利用申込みおよび利用上の注意】

- ① 本施設が利用できる対象者は、被保険者および被扶養者のみです。ただし、外部の方でも被保険者または被扶養者と同室で宿泊される場合は利用できます。
- ② 本施設の利用目的は、[保養・旅行]のみとし、出張・会議の利用はできません。出張・会議等業務利用が判明した場合は、それ以後の利用は認めません。
- ③ 利用料金のほかに、諸税・駐車場料金等がかかる場合がありますので、直接利用施設に確認願います。
- ④ 申込受付は、利用日の3ヶ月前から10日前までとし、それ以外の受付はできません。
- ⑤ 利用申込後、人数変更およびキャンセルなどが生じた場合は、至急ご連絡願います。変更期日によっては、キャンセル料(違約金)が発生いたします。