

ヘルスケアルーム(備品)使用申込書 (FAX専用)

申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

鹿島建物総合管理株式会社 御中

施設の利用について、下記の通り
申し込みます。

使用申込者 (会社名) 電話番号 FAX番号

◆ ヘルスケアルームの貸出時間 : 平日 10:00~23:00、土日祝 9:00~23:00
太枠内をご記入の上、送信下さい。折り返し、承諾書の控えをFAXします。

使用日	年	月	日 (曜日)		
使用時間	AM/PM	時	分	~	AM/PM 時 分 (H)
使用場所	<input type="checkbox"/> ROOM-A		<input type="checkbox"/> ROOM-B		<input type="checkbox"/> ROOM-C
使用目的				使用人数	人
使用備品	<input type="checkbox"/> プロジェクター		<input type="checkbox"/> スクリーン		<input type="checkbox"/> プロジェクタースタンド
	<input type="checkbox"/> マイク付スピーカー		<input type="checkbox"/> ホワイトボード		<input type="checkbox"/> テレビデオ14インチ型
備考					

※RoomAは、土足禁止とさせて頂いております。
 ※企画書やチラシなど、使用の目的・内容がわかるものがあれば申込書と一緒にFAXをお願いします。
 ※レンタルルームの使用時に承諾書の控えをジョイフィット受付へご提出下さい。
 (平日10:00~18:00は1F管理室をお願いします)
 ※営利目的でのご利用はお断り致します。
 ※貴重品等の管理はご利用者各自でお願い致します。紛失等の責任は負いかねますのでご了承下さい。

注意 原則、お部屋は現状渡し、返却時は原状回復をお願いしております。なお使用時間には準備・片付けの時間等を含んでおります。

様 <input type="checkbox"/> ご予約承りました <input type="checkbox"/> 申し訳ございませんが、ご希望の日時に空きがございません。ご利用日時の変更をお願い致します。 年 月 日	〒732-0814 広島市南区段原南1-3-53(広島イーストビル4階) 鹿島建物総合管理株式会社 中国支社 TEL:082-553-7970 FAX:082-553-7972		
	受付		
支払金額 (予定)	部屋 使用料金	その他 使用料金	合計 円

※ご利用後3営業日以内に、合計金額から振込手数料を差し引いた金額を下記口座へお振込み下さいます様、お願いいたします。

- | |
|-------------------------------|
| ◆振込み先金融機関名…十八親和銀行 佐世保本店営業部 |
| ◆口座種類…当座預金 ◆口座番号…0030747 |
| ◆口座名義…山下医科器械株式会社(ヤマシタイカキカイ.カ) |

※振込人名義が申込者と異なる場合はご入金確認が出来ませんので、別途ご連絡をお願いいたします。