

送信先FAX番号 : 086-243-8865

No. _____

ヘルスケアルーム(備品)使用申込書 (FAX専用)

申込日 平成 年 月 日

株式会社ダイワサービス 御中

施設の利用について、下記のとおり申し込みます。

使用申込者
(会社名)
電話
FAX

◆ ヘルスケアルームの貸出時間 : 平日 18:00~23:00、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	平成 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
使用設備	<input type="checkbox"/> テレビデオ14インチ型	<input type="checkbox"/> プロジェクター	<input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> ホワイトボード
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。

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 上記のとおりご使用を承諾申し上げます。 平成 年 月 日	〒700-0971 岡山市北区野田4丁目6-10 株式会社ダイワサービス TEL:086-243-7747 FAX:086-243-8865	受付		
支払金額 (予定)	部屋 使用料金	設備 使用料金	合計	円

◆振込み先金融機関・・・親和銀行 福岡営業部

◇口座名義・・・山下医科器械株式会社

◇口座種類・・・当座預金

◆口座番号・・・5005093

※ご利用前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上記口座へ
お振込み下さいます様、お願い致します。