

都リゾート 志摩ベイサイドテラス 利用申込書

利 用 日	年 月 日 (15時) から 年 月 日 (11時) まで			利用人員 合計 名
利用希望部屋 ※禁煙・喫煙のどちらかに○印をしてください。 禁煙ルーム 喫煙ルーム	オーシャンウイング	スーペリアツイン		標準人員2名・最大2名
		スーペリアコーナーツイン		標準人員2名・最大3名
		ツイン		標準人員2名・最大3名
		デラックスツイン		標準人員2名・最大3名
		スイート		標準人員2名・最大2名
	ウイングガーデン	ツイン		標準人員2名・最大3名
		ジャパニーズツイン		標準人員2名・最大4名
		ドギールーム		標準人員2名・最大3名
		ヴィラ	メゾネットルーム	

※希望する部屋に○して下さい。(料金は1泊1室の標準人員での宿泊料金)

利用者氏名	年齢	性別	保険証番号又は続柄	利用者氏名	年齢	性別	保険証番号又は続柄
		男女				男女	
		男女				男女	
		男女				男女	
		男女				男女	

※被保険者は保険証番号を、被扶養者等は申込者との続柄を記入して下さい。

上記のとおり利用したいので申し込みますからご承認下さい。

年 月 日
 申込者 所属
 氏名

注1、宿泊利用券は利用確定者に1部屋1泊につき1枚を交付します。ただし、保有枚数が終了した時は交付できませんので上記料金とは別の一般料金の3割引となります。

2、スパニッシュツインのオーシャンウイングとは、海やプールが望める眺望のよい部屋です。

3、キャンセルする時はできるだけ早く健康保険組合へ連絡して下さい。
 キャンセル料金は次のとおり自己負担してもらいます。

①特定期間（春休み・ゴールデンウィーク・夏休み・年末年始）は、利用開始予定日の21日前まで無料、20日前から7日前まで宿泊代金の30%、6日前から前日50%、当日100%

②通常期間は、7日前まで無料、6日前から前日50%、当日100%

常務理事		事務長		担当		予約順位	番	利用確定	可・否
上記のとおり決定してよろしいか。 年 月 日宿泊利用券 枚交付 (残 枚)						予	受		
						約			