

↑ FAX 050-6861-5710 ↑

キャンセルの電話連絡後に、必要事項を記入しお送り下さい

CSA貸会議室 キャンセル申込書

FAX送信枚数 枚目/ 枚中
申込日 年 月 日

| | | | |
|------------|------|--------------|--|
| 会社名 団体名 | | キャンセル 担当者 | |
| 電話番号 | 携帯番号 | FAX番号 | |

「CSA貸会議室利用規約」に同意し、以下の予約をキャンセルします。
キャンセル料金発生の場合、規定通り支払います。

| (西暦)年 | 月 | 日 | 会場 (○を付けて下さい) | 利用会議室 ※レイアップ御幸町のみ記入 | 利用時間 | 振込有無 ※利用料金振込支払の方のみ ○をつけて下さい |
|-------|---|---|---|------------------------|------|-----------------------------------|
| | | | レイアップ御幸町ビル ペガサート・Denbill 迦葉館・ギャラリー奎 | | ～ | 振込済 未振込 |
| | | | レイアップ御幸町ビル ペガサート・Denbill 迦葉館・ギャラリー奎 | | ～ | 振込済 未振込 |
| | | | レイアップ御幸町ビル ペガサート・Denbill 迦葉館・ギャラリー奎 | | ～ | 振込済 未振込 |

| 返金先口座 | | ※振込手数料は利用者様負担となります。 | |
|-------|---------|---------------------|--|
| 金融機関名 | | 支店名 | |
| 口座の種類 | 普通 ・ 当座 | フリガナ | |
| 口座番号 | | 口座名義人 | |

キャンセル受付時間(9:00～18:00) ※必ずキャンセルの電話連絡後に、FAXを送付してください。

TEL 054-269-5070

FAX 050-6861-5710

(CSA貸会議室 記入欄)

御中

CSA 貸会議室
年 月 日

【 キャンセル確認書 】

上記キャンセル申込書を受付いたしました。

- キャンセル料金、ご返金はございません。
- キャンセル料金が発生しています。後日ご請求書を送付いたします。
- 返金がございます。手続きについて後程ご連絡いたします。