

ラフォーレFAX申込用紙

FAX(24時間)

東京 03-5511-0200

大阪 06-6396-7704

会員No.(必ずご記入下さい)			
会員名	SCSK健康保険組合		
ご希望施設	<div> <input type="checkbox"/>修善寺 <input type="checkbox"/>琵琶湖 <input type="checkbox"/>強羅 </div> <div> <input type="checkbox"/>伊東 <input type="checkbox"/>白河 <input type="checkbox"/>那須 </div> <div> <input type="checkbox"/>蔵王 <input type="checkbox"/>山中湖 <input type="checkbox"/>白馬八方 </div> <div> <input type="checkbox"/>中軽井沢 <input type="checkbox"/>南紀白浜 </div> <div> <input type="checkbox"/>東京 <input type="checkbox"/>新大阪 </div> <p>※東京・新大阪をご希望の場合は直接ホテルにFAXして下さい。 (東京・新大阪のお申込み期間は7日先から2ヶ月先まで) (FAX番号 東京:03-5488-3910 新大阪:06-6350-4460)</p> <input type="checkbox"/> 提携施設(施設名は備考欄にご記入下さい。)		
ご宿泊希望日	月	日 ~	泊
人数	大人	人	子供 人 計 人
	(※子供は、寝具をお使いになる人数を記入して下さい。)		
その他お申込み	<input type="checkbox"/> ゴルフ <input type="checkbox"/> テニス (※希望があれば、チェックして下さい。)		
備考 (第2・第3希望、 提携施設名 等 をご記入下さい)			
代表者名 (被保険者/被扶養者)	(カナ)		
	(漢字)		
保険証の記号-番号	(記号)	(番号)	
生年月日	年	月	日生まれ
連絡先電話番号	-	-	-
	(※9時~18時の間で連絡可能な電話番号を記入して下さい。)		
翌日の連絡が 都合の悪い場合	月	日 (<input type="checkbox"/> AM / <input type="checkbox"/> PM)	希望
	(※6日以内の月~金の平日でお願いします。9時~18時の間にご連絡いたします。)		

【申込方法】 必要事項をご記入の上、上記までFAX送信してください。

※このFAX申込だけで予約は成立されません。

翌日9時~18時の間にラフォーレ予約センター係員より確認のお電話をいたします。

(※翌日が土・日・祝日の場合は、次の平日となります。)