

# 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                                    | <input type="checkbox"/> 修善寺  | <input type="checkbox"/> 琵琶湖  | <input type="checkbox"/> 強羅   |     |     |  |
|  | <input type="checkbox"/> 伊東   | <input type="checkbox"/> 白河   | <input type="checkbox"/> 那須   |     |     |  |
|  | <input type="checkbox"/> 藏王   | <input type="checkbox"/> 山中湖  | <input type="checkbox"/> 白馬八方 |     |     |  |
|  | <input type="checkbox"/> 中軽井沢   | <input type="checkbox"/> 南紀白浜 |                               |     |     |  |
|  | <input type="checkbox"/> 東京   | <input type="checkbox"/> 新大阪  |                               |     |     |  |
|  | ※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。<br>(東京・新大阪のお申込み期間は7日先から2ヶ月先まで)<br>(FAX番号 東京:03-5488-3910 新大阪:06-6350-4460) |                               |                               |     |     |  |
|  | <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<br>(※希望があれば、チェックして下さい。)                         |                               |                               |     |     |  |
| 備考<br><br>第2・第3希望、<br>提携施設名 等<br>をご記入下さい |   |                               |                               |     |     |  |
| 代表者名<br>(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<br>都合の悪い場合                        | 月   | 日                             | (□AM / □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。)