ペアーレ山梨　レンタルスペース　施設使用申込書

申込日：　　年　　月　　日

本申し込みの場合は、すべて記入の上、署名・捺印

仮予約の場合は、ここまで記入

①申込者	住所　〒　　-				※建物名まで記入
	都 道 府 県				
	ご利用者名				
	固定電話		FAX		
	携帯電話		E-mail		

②使用日時
会場・用途

・入室　10分前

・退室　片付け後10分

西暦	日程	曜日	利用時間	会場名	使用用途
年	／		：　～　：		
年	／		：　～　：		
年	／		：　～　：		
年	／		：　～　：		
年	／		：　～　：		
年	／		：　～　：		
年	／		：　～　：		
年	／		：　～　：		
年	／		：　～　：		
年	／		：　～　：		
年	／		：　～　：		
年	／		：　～　：		
年	／		：　～　：		
年	／		：　～　：		
年	／		：　～　：		
年	／		：　～　：		
年	／		：　～　：		
年	／		：　～　：		
年	／		：　～　：		
年	／		：　～　：		
年	／		：　～　：		
年	／		：　～　：		
年	／		：　～　：		
年	／		：　～　：		
年	／		：　～　：		

③ご利用人数　　名　(おおよその人数)

お支払方法	請求締日　毎月末日締　前納（前月中） 翌月5日迄お支払		領収証の宛名	
	現金	窓口にて精算 （月曜・火曜・木曜・金曜 9：00　～　18：00　） 要予約。他は、応相談。	振込	甲府信用金庫 南　支店　　普通　０４８１１９５　　イシカワ　ヤスナリ **株式会社　山梨メディカル　代表取締役　石川　泰成**