

ペアーレ山梨 レンタルスペース 施設使用申込書

<b>①申込者</b>	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		
<b>②使用日時 会場・用途</b>  ・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	/		:	~	:	
<b>③ご利用人数</b>		名		(おおよその人数)			

仮予約の場合は、ここまで記入  
本申し込みの場合は、すべて記入の上、署名・捺印

**④【本申込署名・捺印欄】**  
「使用規約」を承諾の上、上記内容の通りレンタルスペース使用を申し込みます。

年 月 日

会社・ご利用者名 印 申込責任者 印

<b>お支払方法</b>	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 0 4 8 1 1 9 5 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