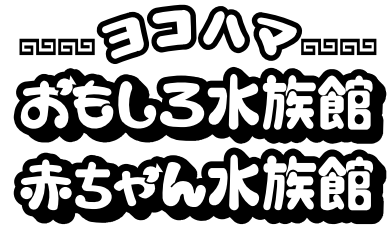


ご予約承ります！

※10名様より団体割引が適用になります。 ※人数変更の際は、ご連絡ください。  
【太枠内をご記入ください。】

## 予約受付シート

|              |           |     |    |          |     |
|--------------|-----------|-----|----|----------|-----|
| お申し込み日       | H         | 年   | 月  | 日 ( 曜日 ) |     |
| 来館日          | H         | 年   | 月  | 日 ( 曜日 ) |     |
| 人数・金額        | 大人 中学生以上  | 名   | ×@ | 円 =      | 0 円 |
|              | 小人 4才～小学生 | 名   | ×@ | 円 =      | 0 円 |
|              | 他( )      | 名   | ×@ | 円 =      | 0 円 |
|              | 合計        | 0 名 |    |          | 0 円 |
| 変更人数<br>変更金額 | 大人 中学生以上  | 名   | ×@ | 円 =      | 0 円 |
|              | 小人 4才～小学生 | 名   | ×@ | 円 =      | 0 円 |
|              | 他( )      | 名   | ×@ | 円 =      | 0 円 |
|              | 合計        | 0 名 |    |          | 0 円 |



〒231-0023  
神奈川県横浜市中区山下町  
144チャイナスクエアビル3F

TEL:045-222-3211

FAX:045-222-3212

[info@omoshirosuizokukan.com](mailto:info@omoshirosuizokukan.com)

受付担当

|       |   |   |    |      |       |   |    |
|-------|---|---|----|------|-------|---|----|
| 入館時刻  | 午前・午後   | 時 | 分頃 | 退館時刻 | 午前・午後 | 時 | 分頃 |
| 団体名   |   | 様 |    | 代表者名 |       |   | 様  |
| 住所    | 〒   |   | 県  |      |       |   |    |
| TEL   |   |   |    | FAX  |       |   |    |
| お支払方法 | <input type="checkbox"/> 当日現金 <input type="checkbox"/> クーポン(クーポン名: JTB・knt!・全旅・トップツアー) <input type="checkbox"/> 請求書           |   |    |      |       |   |    |
| 団体区分  | <input type="checkbox"/> 旅行代理店様 <input type="checkbox"/> 宿泊施設様 <input type="checkbox"/> 一般団体様 <input type="checkbox"/> その他( ) |   |    |      |       |   |    |

\* 旅行代理店様は、下記もご記入お願いいたします。

|         |  |  |       |          |             |   |
|---------|--|--|-------|----------|-------------|---|
| 旅行会社名   |  | 様  | 支店名   |          |             |   |
| 住所(請求先) | 〒  |  | 県     |          |             |   |
| TEL     |  |  | FAX   |          |             |   |
| ご担当者    |  | 様  | ※携帯電話 |          |             |   |
| 当日の添乗員  | <input type="checkbox"/> 同行する <input type="checkbox"/> 同行しない | ※ご来館当日、添乗員の方が同行されない場合は、上記の代表者名とご連絡先を必ずご記入ください。 |       |          |             |   |
| 受付確認日   | H  | 年  | 月     | 日 ( 曜日 ) | ※施設側<br>記入欄 | <input type="checkbox"/> 返信FAX<br><input type="checkbox"/> 台帳記入 |

\* その他ご希望や連絡事項等ございましたら、備考欄へご記入ください。

|    |  |
|----|--|
| 備考 |  |
|----|--|