

年 月 日

体験予約用 FAX 送信表

御中

FAX

うちの港ミュージアム 担当 _____

TEL 0877-24-7055

FAX 0877-43-6966

いつもお世話になりありがとうございます。

Mail polca@leaf.ocn.ne.jp

下記ご記入の上、返信をお願い致します。

団 体 名 : _____ 様

ご予約日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____)

お 時 間 : _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分

*所要時間 90 分

人 数 : _____ 名様

代 理 店 様 : _____ ご担当者様: _____ (添乗員 _____)

代理店様 TEL: _____ (携帯電話 _____)

添乗員がつかない場合の代表者連絡先: (氏名) _____ (携帯電話) _____

- * ご予約のお時間などご相談下さい。(時間厳守でお願いします)
- * お支払いは、当日現金でお願い致します。(お一人様 700円)
- * 細かい作業になりますので老眼鏡など必要な方は必ずご用意下さい。
- * 人数変更等、お手数ですが早めにお知らせ下さい。
- * 誠に恐れ入りますが、当日のキャンセル・人数変更の場合は違約金を申し受けることがございますのでお気を付け下さい。
- * キャンセルの場合は、確認の為必ず FAX・メールにてご連絡をお願いします。

上記、ご予約受け付致しました。ご不明な点がございましたらご連絡下さい。

_____ / _____ 受付 _____ 担当 _____

月 日 地紙送付