箱根 新千荘　抽選申込書

受付印	
／	／

月　　日抽選の結果、**当 選　・　落 選**

氏　　名		社員番号		事業所名	
連絡先(必須)	TEL(必須)		FAX(必須)		
	E-mail				
利 用 期 間	平成　年　月　日 より 平成　年　月　日 まで	宿　泊		泊　日	

区分	部課名	社員番号	利 用 者 名	申込者との関係	年齢

利用人数他				
区分	大人	子供	計	
A				名
B				
C				
計				
部屋数	室			
寝 具	名分			
夕食(大人)	名分			
夕食(子供)	名分			
朝食(大人)	名分			
朝食(子供)	名分			

備考(特別料理・宿泊等)

＊A 対象者：被保険者と被扶養者　＊B 対象者：被保険者の3親等内親族(OBとその配偶者はBランク)　＊ C 対象者：Aの知人の方

宿 泊　　単位:円

利用料金(一泊二食)	A・B(大人)	A・B(子供)	C
宿 泊 料	2,375	2,225	5,375
朝　　食	525	370	525
夕　　食	2,100	1,365	2,100
計	5,000	3,960	8,000
入 湯 税	150	-	150
合計	5,150	3,960	8,150

＊A・B(子供)とは、12歳以下(小学生まで)。 寝具なしの未就学児童は宿泊料不要です。

①予　　約 ：FAX 03-3246-1780
・抽選申込書提出：利用申込書に必要事項を記入の上、FAXで抽選日の前日(土・日・祝日含まず)までにお送りください。
＊抽選日＝予約したい月より2ヶ月前の20日
②事務局回答：E-MAILにて返信