

ラフォーレリゾート修善寺「伊豆河津桜お花見ウォーク かなみの桜と西伊豆井田の河津桜」

代表者の方

会員 No.		会員名	
フリガナ		性 別	男 ・ 女
氏 名		生年月日	年 月 日
		来館交通手段	車 ・ 電車 ・ その他
勤務先	会社名	部署名	
		電話番号	— —
ご自宅の住所	〒		
「日中」の連絡先電話番号		— — 携帯 ・ 勤務先 ・ 自宅	
		お申込後、翌平日までに、申込受付可否のご連絡を事務局よりさせていただきます。	
「旅行日程表」のご希望送付方法 □にチェックを入れてください。	☐ PC メール添付 メールアドレス： @		
	☐ FAX FAX 番号： — —		
	☐ 自宅に郵送		
		ご予約後、事務局より「旅行日程表」をお送りいたします。	

同行者の方

②	フリガナ		性 別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	年 月 日
	ご自宅の住所	〒		
代表者との関係		① 夫婦 ② 親子 ③ 兄弟姉妹 ④ 同僚 ⑤ 勤め先外の友人 ⑥ その他()		

③	フリガナ		性 別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	年 月 日
	ご自宅の住所	〒		
代表者との関係		① 夫婦 ② 親子 ③ 兄弟姉妹 ④ 同僚 ⑤ 勤め先外の友人 ⑥ その他()		

部屋割り・イベント開催日前後のご宿泊など、その他ご要望がございましたらご記入ください。

※上記、個人情報は、ラフォーレウェルネスイベントのお申込みおよびご案内に際し使用するものです。

お 申 込 み ・ お 問 合 せ

【ラフォーレウェルネスナビゲーション事務局（営業時間：平日9:00～17:00）】TEL: 03-6409-2837

申込書送付先 FAX：03-6409-2813

FAX 到着後、翌平日までに、申込受付可否のご連絡を事務局よりさせていただきます。