

# 福利厚生施設利用申込書

日本メディカルシステム株式会社 御中  
下記のとおり、利用申し込みを致します。

申込日	平成 年 月 日	
所属・店名		
利用責任者氏名	フリガナ	
電話番号		
利用施設 ※希望施設に ○印をつけてください。	① 越後湯沢	⑤ 太平洋リゾート
	② 熱海	⑥ 修善寺
	③ 軽井沢	⑦ 瀬戸内海リゾート
	④ 那須・鬼怒川	
利用希望開始日	平成 年 月 日 ( ) から (チェックイン：午後2時以降)	
利用希望終了日	平成 年 月 日 ( ) まで (チェックアウト：昼12時まで)	
宿泊日数	泊 日	
利用人数	大人 名 / 子供 名 / 合計 名	
同行者	氏名	関係
		同僚・家族・友人・取引先・その他( )

上記に記入の上、本部宛にFAXしてください。  
なお、年末年始・ゴールデンウィーク・  
お盆期間など申込者多数の場合は、  
抽選となることがありますのでご了承ください。

送信先FAX番号

03-5659-1057