

名古屋薬業企業年金基金  
保養施設利用申込書

申込日	令和	年	月	日
申込者住所 〒				
加入者氏名				
TEL - -				
基金加入者番号 又は 基金年金証書番号				
事業所名				
内容についての 確認連絡先 - -				氏名

下記のとおり申込みいたします。

1. 利用申込施設名 及び 宿泊希望日

	施設名	宿泊希望日				備考
第1希望		自	月	日	曜日	
		至	月	日	曜日	
				の	泊	
第2希望		自	月	日	曜日	
		至	月	日	曜日	
				の	泊	
第3希望		自	月	日	曜日	
		至	月	日	曜日	
				の	泊	

(注) 希望は、なるべく第3希望までご記入下さい。

2. 利用者 内訳 合計 名

加入者番号	氏名	性別	続柄	年齢	備考

(注) 利用者本人のお名前もご記入下さい。

3. 利用方法 ルームチャージ 食事付き

(注) 施設によっては、食事付きのプランがない場合がございます。また、リゾートトラストの施設(エクシブ系列)については、1泊2食付きしか原則ご利用できない事になっています。

4. 到着予定時刻 \_\_\_\_\_ 時 到着

5. 交通手段 自家用車使用 ・ 公共交通機関使用

6. 部屋のタイプ 和室 ・ 洋室 ・ 和洋室

7. 禁煙室 ・ 喫煙室

(注) 施設によっては、希望のお部屋タイプがない場合もございます。また、リゾートトラストの施設についてはお部屋タイプは原則選べませんのでご了承下さい。