

長崎TMSセンター会議室利用申込書 (FAX専用)

申込日 平成 年 月 日

山下医科器械株式会社 御中

施設の利用について、下記の通り
申し込みます。

利用申込者 :
(団体名等)

ご担当者:

電話番号:

FAX番号:

◆ 会議室の貸出時間 : 平日 10:00~21:00、土日祝 10:00~21:00

太枠内をご記入の上、送信下さい。折り返し、承諾書の控えをFAXにて返信いたします。

使用日	平成 年 月 日 (曜日)		
使用時間	AM/PM 時 分 ~	AM/PM 時 分 (H)	
使用場所	<input type="checkbox"/> 大会議室	<input type="checkbox"/> 小会議室 ①	<input type="checkbox"/> 小会議室 ② <input type="checkbox"/> 小会議室 ③
使用目的		使用人数	人
使用備品	<input type="checkbox"/> プロジェクター(天吊) <input type="checkbox"/> 卓上プロジェクター <input type="checkbox"/> スクリーン(天吊) <input type="checkbox"/> スクリーン(スタンド式) <input type="checkbox"/> マイク(ワイヤレス・ピンタイプ) <input type="checkbox"/> ホワイトボード		
備考	※お手持ちのパソコンからの出力はHDMI端子・D-SUB 15ピン端子との接続で対応となります。		

- ※企画書やチラシなど、使用の目的・内容がわかるものがあれば申込書と一緒にFAXをお願いします。
- ※会議室の使用時に承諾書の控えを受付担当者へご提出下さい。
- ※営利目的でのご利用はお断り致します。
- ※貴重品等の管理はご利用者各自でお願い致します。紛失等の責任は負いかねますのでご了承下さい。
- ※原則、お部屋は現状渡し、返却時は原状回復をお願いしております。
- 尚、使用時間には準備・片付けの時間等を含んでおります。

【申込み確認兼請求書】

<input type="checkbox"/> ご予約承りました <input type="checkbox"/> 申し訳ございませんが、ご希望の日時に空きがございません。ご利用日時の変更をお願い致します。 <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p>	<p>〒841-0061 佐賀県鳥栖市轟木町字四本松1777-1</p> <p>山下医科器械株式会社 営業本部 TEL:0942-90-0200 FAX:0942-90-0203</p> <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="text-align: center;">受付</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> </table>		受付		
	受付				
ご請求金額 (予定)	部屋 使用料金	その他 使用料金	合計	円	
担当部署	担当者名				

※ご利用後3営業日以内に、合計金額を下記口座へ振り込みくださいます様、お願いいたします。
※振込手数料についてはご利用者様のご負担とさせていただきます。

- ◆振込み先金融機関名...親和銀行 福岡営業部
- ◆口座種類...当座預金 ◆口座番号...5005093
- ◆口座名義...山下医科器械株式会社(ヤマシタイカキカイ.カ)

※振込人名義が申込者と異なる場合はご入金確認が出来ませんので、別途ご連絡をお願いいたします。