送信先FAX番号　：　0942-90-0203

No.

鳥栖TMSセンター会議室利用申込書
（FAX専用）

申込日	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	年　月　日（　曜日）		
使用時間	AM/PM　時　分　～　AM/PM　時　分（　H）		
使用場所	☐ 大会議室　☐ 小会議室 ①　☐ 小会議室 ②　☐ 小会議室 ③		
使用目的		使用人数	人
使用備品	☐ プロジェクター（天吊）　☐ 卓上プロジェクター　☐ スクリーン（天吊）　☐ スクリーン（スタンド式） ☐ マイク（ワイヤレス・ピンタイプ）　☐ 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】

様 ☐ご予約承りました ☐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。 年　月　日		〒841-0061 佐賀県鳥栖市轟木町1777-1 **山下医科器械株式会社　営業本部** TEL：0942－90－0200 FAX：0942－90－0203 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。