

長崎TMSセンター会議室利用申込書 (FAX専用)

申込日	令和	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 10:00~18:00

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	令和 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。

(注意)使用前の入金をご遠慮ください。

※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いたします。

※貴重品等の管理はご利用者各自でお願いいたします。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】

登録番号: T5310001006118

<p>様</p> <p><input type="checkbox"/> ご予約承りました。</p> <p><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いたします。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>	<p>〒812-0027 福岡県福岡市博多区下川端町2番1号博多座・西銀ビル10階</p> <p>山下医科器械株式会社 営業本部 TEL: 092-402-2960 FAX: 092-402-2961</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td>受付</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 20px;"></td> </tr> </table>		受付											
	受付													
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 15%;">ご請求金額 (予定)</td> <td style="width: 35%;">部屋使用 料金</td> <td style="width: 10%;">円</td> <td style="width: 20%;">その他 使用料金</td> <td style="width: 10%;">円</td> <td style="width: 10%;">合計</td> <td style="width: 10%;">円</td> </tr> </table>	ご請求金額 (予定)	部屋使用 料金	円	その他 使用料金	円	合計	円							
ご請求金額 (予定)	部屋使用 料金	円	その他 使用料金	円	合計	円								
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 80%;">◆振込み先金融機関名…三菱UFJ銀行 すずかぜ支店</td> <td style="width: 20%;">10%対象計</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>◆口座種類…当座預金 ◆口座番号…4749003</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>◆口座名義…山下医科器械株式会社(ヤマシタイカキカイ. カ)</td> <td>うち消費税</td> <td>円</td> </tr> </table>						◆振込み先金融機関名…三菱UFJ銀行 すずかぜ支店	10%対象計	円	◆口座種類…当座預金 ◆口座番号…4749003			◆口座名義…山下医科器械株式会社(ヤマシタイカキカイ. カ)	うち消費税	円
◆振込み先金融機関名…三菱UFJ銀行 すずかぜ支店	10%対象計	円												
◆口座種類…当座預金 ◆口座番号…4749003														
◆口座名義…山下医科器械株式会社(ヤマシタイカキカイ. カ)	うち消費税	円												

※ご利用後3営業日以内に、合計金額を上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。

担当部署		担当者名	
------	--	------	--