

会館利用申込書

利用者名 (領収書宛名)			
担当者氏名			
住所			
電話番号		ファクス	
使用室名	室	携帯番号	
使用日時	令和 年 月 日 ()	:	~ :
その他使用日			
使用人数	名		
使用目的			
申込年月日	令和 年 月 日		
変更年月日	令和 年 月 日		
変更内容			
その他			
受付者名		変更受付者	

- キャンセルは14日前までに、それ以降の取り消しは部屋代の半額、当日のキャンセルは全額をいただくことになっております。

公益財団法人鎌倉婦人子供会館
TEL 0467-22-0507
FAX 0467-22-8435