

スタジオ・カルメン 行き

— スタジオ予約 申し込み書 —

_____年 月 日

お名前 _____様

◎予約確認のため、後ほど、FAX又はTELを致します。

お客様のFAX ()

// TEL ()

どちらかに○		予定人数	駐車場利用
A 室 18畳	B 室 12畳	人	台

_____月 日 () 時 ~ 時 () h

_____月 日 () 時 ~ 時 () h

_____月 日 () 時 ~ 時 () h

_____月 日 () 時 ~ 時 () h

上記のご予約を承りました。キャンセルはTELにてお願いいたします。
(当日キャンセルの場合は50%を頂戴いたします)

連絡先1 : 042-544-2899

連絡先2 : 090-6565-2899