

# ラフォーレ倶楽部 FAX申込書 (兼利用連絡書)

■お申込みFAX送信先:

**森トラスト・ホテルズ&リゾート(株) 法人営業部 FAX:06-6396-7704**

FAX予約に関するお問合せ 森トラスト・ホテルズ&リゾート(株) 法人営業部 Tel: 06-6392-3711 (平日9時~17時)  
 ※FAX送信後、翌営業日(平日)迄に回答がない場合、FAX障害が考えられますので、お問い合わせ下さい。

太枠内をご記入ください。

<http://www.laforet.co.jp> ※料金など詳細はラフォーレ倶楽部WEBサイトにてご確認ください。

申込日	年 月 日			
会員No.	<b>20285</b>	会員名	<b>一般財団法人 滋賀県退職教職員互助会</b>	
利用代表者	(フリガナ)	互助会員番号		
連絡先 電話番号	*9~17時の間で連絡可能な電話番号をご記入ください。			
※携帯電話				

※災害・天候状況に伴う道路状況などご案内させていただく場合がございます。緊急時のため、携帯電話番号のご記入をお願いいたします。

利用日	ホテル名		日 程				
	第1希望		年	月	日	( 曜日 )	泊
	第2希望		年	月	日	( 曜日 )	泊
	第3希望		年	月	日	( 曜日 )	泊
利用人数	合計		大人		小人	幼児	※中学生以上は大人、幼児(添い寝)は小学生未満
	男	女	人	人	人	人	

●食事料金・宿泊プランはラフォーレ倶楽部WEBサイトなどでご確認ください。

食事	【1泊目】 内容(和・洋など)			料金			【2泊目】 内容(和・洋など)			料金		
	夕食	大人	名	×	名	夕食	大人	名	×	名		
小人		名	×	名	小人		名	×	名			
幼児		名	×	名	幼児		名	×	名			
朝食	大人	名				朝食	大人	名				
	小人	名					小人	名				

テニス	月 日 : ~ :	月 日 : ~ :
ゴルフ	日 : 頃スタート希望 名	日 : 頃スタート希望 名

備考	(その他ご希望などをご記入ください。)
----	---------------------

満室時のキャンセル待ちを希望する ←ご希望の場合口にチェックをしてください。

FAX回答先  
(Fax番号をご記入ください。)

**ラフォーレ倶楽部回答欄** ※ラフォーレ倶楽部 担当者が記入して上記FAX先へ返信いたします。

成 立                      予約No.                      キャンセル料発生日時

不成立

担当者印