

ホテルパサージュ琴海
クリスマスケーキ予約申込書

ご予約期間:平成29年12月20日まで

ご予約日	平成29年 月 日		
(フリガナ) お名前			
ご住所	〒		
ご連絡先	電話番号		
商品名	①純生クリーム	注文数	個
	②ブッシュドノエル ショコラ	注文数	個
	③ブッシュドノエル ショコラ(ハーフサイズ)	注文数	個
商品のお受取方法	12月23日～25日までの中から希望日を指定して頂き、各日とも午前10時～午後5時までにホテルラウンジでお受け取り下さい。 ※上記日程以外は要相談とさせていただきます。		
お受取り希望日 *いずれかに○下さい。	12月/23日・24日・25日 () ※上記日程以外を希望の場合、()内にご記入下さい。		
お支払方法 *いずれかに○下さい。	1.現金 *ご来館時にホテルラウンジにてお支払ください。 クレジットカード 2.口座振込 *下記口座へ商品受渡しの前日までにお振込み下さい。 恐れ入りますがお振込手数料はお客様負担にてお願い致します。 振込先:十八銀行 琴海支店 普通 No.0047554 カブシキカイシャ キンカイ 株式会社パサージュ琴海 親和銀行 時津支店 普通 No.1360293 カブシキカイシャ キンカイ 株式会社パサージュ琴海		
ご注意事項	ご予約後のキャンセル、変更、ご返金は承れません。		

ホテルパサージュ琴海

〒851-3211 長崎県長崎市琴海戸根原町171番地

お申込み先:TEL095-884-3990・FAX095-884-3970

担当印

--