

研修室予約申込書

メディス関西研修センター
 (株)メディス 関西本部
 〒654-0161
 神戸市須磨区弥栄台3-15-1
 TEL:078(794)8822
 FAX:078(794)7822
 担当:三宅

フリガナ

申込(団体)企業名:

〒

部署名:

フリガナ

フリガナ

所在地:

申込者名:

当日担当者名:

電話番号: ()

見積・請求書名:

FAX番号: ()

(申込企業名と異なる場合のみご記入ください。)

メールアドレス:

申込日	平成 年 月 日	仮押え	決定
ご利用室数・人数	Atype (室) Btype (室) Ctype (室) (名) (名) (名)	ご利用日	平成 年 月 日 () ~ 平成 年 月 日 () 日間
ご利用時間	午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分(準備・後片付け含む)		
ご利用目的	研修会・会議・講演会・試験・面接・その他		
設営体系	スクール形式(2名掛け・3名掛け)・ロの字形式・コの字形式・その他		
ご利用備品	机・椅子・ワイヤレスマイク(2本)・ホワイトボード(1枚)は室料に含まれております。 ()には使用する個数をご記入ください プロジェクター() スクリーン() OHP() ホワイトボード2枚目以降() ノートパソコン()		
お食事	ランチ 大・小 個数(30名以上になりますとバイキング形式となります)		人分
	ご用意する時間: 時 分		
表示看板名			
特記事項	(ご質問・ご要望などありましたらご記入ください。)		

ご記入の上、FAXまたは郵送お願い致します。ご記入の内容をもとに見積書を作成し、申込者様宛てにFAX致します。

FAX先:078(794)7822