

浦安市青少年交流活動センター予約受付シート

ご予約はお電話またはご来館のみで受付けています。必ず電話にて空状況をご確認下さい。

年 月 日

団体名								
代表者名	(フリガナ)							
ご担当者氏名	(フリガナ)							
住所								
電話番号	()	FAX番号	()					
携帯番号	()	優先連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 その他 ()					
使用施設等	宿泊	年 月 日 ()		時チェックイン予定から				
		年 月 日 ()		時チェックアウト予定まで 泊 日				
	施設	年 月 日 ()		時から 時まで利用				
		<input type="checkbox"/> 研修室(全面) <input type="checkbox"/> 研修室(半面) <input type="checkbox"/> 多目的室 <input type="checkbox"/> 和室						
		年 月 日 ()		時から 時まで利用				
		<input type="checkbox"/> 研修室(全面) <input type="checkbox"/> 研修室(半面) <input type="checkbox"/> 多目的室 <input type="checkbox"/> 和室						
使用目的	<input type="checkbox"/> 研修 <input type="checkbox"/> 交流 <input type="checkbox"/> 合宿 <input type="checkbox"/> 会議 <input type="checkbox"/> その他 ()							
お食事(別料金)	<input type="checkbox"/> 有り ・ <input type="checkbox"/> 無し ※ お食事をご希望の場合には別紙の食事注文書にて当館にご注文下さい。							
使用人数		未就学児	小学生	中学生	高校生	その他	引率者	計
	男	人	人	人	人	人	人	人
	女	人	人	人	人	人	人	人
	計	人	人	人	人	人	人	人
駐車場利用	有り(台数 台→ / 時から / 時利用) ・ <input type="checkbox"/> 無し							
入浴希望時間 (宿泊者のみ)	1日目	希望	2日目	希望	3日目	希望	※入浴時間に関しましては、できるだけ他団体様と重ならないよう調整しております。団体活動がスムーズに進むようお客様のご理解・ご協力をお願い申し上げます。	
食事希望時間 (ご注文された方のみ)	1日目		昼		夜			
	2日目	朝	昼		夜			
	3日目	朝	昼		夜			
	4日目	朝	昼					

部屋割り,貸出備品等ご希望記入欄 ※お部屋割り等ご希望に添えない場合もございます。ご了承ください。

予約受付シート返送先
〒279-0013千葉県浦安市日の出7-2-1
浦安市青少年交流活動センター
うら・らめ～る予約受付担当
TEL:047-316-5777 FAX:047-316-5888



※ご記入いただいた個人情報は利用申請以外には使用いたしません。