

<城ヶ崎荘申込書（抽選用）>

* ご連絡先TELの記載ない場合は抽選対象外とさせていただきます。

ご利用対象：コマツ健保加入者（OB）および、その家族、友人のご利用とさせていただきます。

コマツ健保非加入者のみでのご利用はできません。（※）

※コマツ健保被保険者の被扶養者となっていない両親、及び配偶者に限り、
コマツ健保加入者の帯同なしでの利用可。

所属部課： _____ 連絡先 TEL _____

OBの方は最終所属事業所名をご記入ください _____

申込責任者 _____ 保険証記号 _____ 番号 _____

第1希望 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 泊

第2希望 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 泊

夕食は下記2種類となります。（グループ単位で1つの選択）
どちらかに○をしてください。

・夕食A 1,900円 ()

・夕食B 2,200円 ()

利用人数 _____ 人 部屋数 _____ 部屋

◎ 利用者全員の氏名

氏名	申請責任者 との続柄	年齢

◎ 注意事項

- ・ 連泊は、繁忙期を除き、空室状況に応じてご利用できます。
- ・ マナー違反・トラブルが発生した場合、申込責任者（被保険者、OB）が全責任を負うものとします。
- ・ 抽選は、現役被保険者の方を優先させていただきます。

【城ヶ崎荘受付窓口（FAX）】

0557-51-1196