

宴会利用申込書	団体名等		受付
			No

開催日		行事名	
-----	--	-----	--

利用者情報	代表番号		宴会情報	宴会形式	
	担当者			料理	
	携帯番号			飲み物	
	F A X			総人数	
	メー ル	@		本会場	
	住所			時間区分	

請求先情報	宛名		宴会時間	準備完了		宴会業者※打合せ	第1希望
	住所			開宴			
	支払方法			乾杯			第2希望
	支払予定日			終宴			

※料理等の詳細や本会場の基本配置表（レイアウト）についてのご相談は、宴会業者との打合せの実施をお願いしております。その際は、本申込書の「宴会業者（打合せ）」欄に、打合せを希望する日時「第1希望」「第2希望」を、ご記載ください。日程調整のご連絡は、宴会業者より、順次ご連絡いたします。（繁忙期の折り返しのご連絡は、3日から4日後となる場合があります。）

附属設備			
有料	カラオケ装置		3,210円
	プロジェクター		2,670円
	スクリーン		660円
	ピンスポットライト		1,320円
	室内音響装置		2,250円
	グランドピアノ		660円
※○箇所 合計金額		円	

備品等			
有料	吊り看板		7,700円
	式次第		11,000円
	電子ピアノ		2,000円
※○箇所 合計金額		円	

その他				
無料	室内音響装置		看板枠	
	ホワイトボード		花台	
	演台		演台椅子	

（宴会プラン等のご注文金額には、室内音響装置の利用料含む）

基本配置表（レイアウト）	
名称	
卓割	

備考欄	

※本申込書は、下記欄にご署名の上、当館へご提出をお願いいたします。なお、本申込書の提出期限は、開催日から7営業日前となります。宴会プラン以外のオリジナル料理等のご要望や料理提供にアレルギー対応が必要な場合は、開催日から30営業日前までが、提出期限となります。本申込書の提出後における変更等は、下記の宴会業者までご連絡をお願いいたします。

お客様署名欄	ご署名：
--------	------

キャンセル期日	当日 100%	1営業日前 18時～100%	2営業日前 18時～50%	4営業日前 18時～30%	料理・人数 確定日	宴会業者 問い合わせ	シップヘルスケアフード（株）【受付時間／9：00～18：00】 TEL／042-389-7300 直通／080-4093-8009 E-mail／tetsuya_oikawa@ship-ht.co.jp ※キャンセルのお申し出は、お電話にてお願いいたします	受付 担当
	料理・飲料等含め		料理のみ					