

宴会利用申込書

団体名等

〇〇〇〇〇〇株式会社

受付
No

開催日

××××年 ×月 ××日

行事名

〇〇〇〇忘年会

利用者情報

代表番号	048-×××-××××
担当者	戸田 文男
携帯番号	090-××××-××××
F A X	※必要に応じて記載
メー ル	××××××××@×××××
住 所	〇〇県〇〇市〇〇町

宴会情報

宴会形式	※いずれかを記載 着席（ビュッフェ）・着席（大皿） 立食（ビュッフェ）・その他
料 理	※いずれかを記載 パリュウ（V）／4,000円 ベージュ（B）／5,000円 プレミアム（P）／6,000円・おまかせ（A）
飲 み 物	※いずれかを記載 フリードリンクA・フリードリンクB ソフトフリードリンク・実数出し
総 人 数	××人
本 会 場	※いずれかを記載 羽衣・千歳・高砂・末広
時 間 区 分	※該当の区分を記載 午前・午後・夜間

請求先情報

宛 名	※団体名等と異なる場合に記載
住 所	※上記と異なる場合は記載
支 払 方 法	※いずれかを記載 当日現金・後日現金・後日振込
支 払 予 定 日	※支払方法が後日の場合は、支払予定日を記載

宴会時間

準 備 完 了	××時××分
開 宴	××時××分
乾 杯	××時××分
終 宴	××時××分

宴会業者※打合せ

第一希望
×月×日
第二希望
×月×日

※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
※〇箇所 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
※〇箇所 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	

必要な附属設備および備品がありましたら、○を付けてください。

レイアウト図

ご要望等

※料理等やレイアウト等に関して、ご相談・ご要望事項がありましたら、こちらに記載してください。

※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。

宴会利用規約を同意の上、上記の内容で宴会室の利用を申し込みます。

お客様署名欄

ご署名： 戸田 文男

キャンセル	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
	料理・飲料等含め		料理のみ		

問い合わせ
宴会業者

シップヘルスケアフード（株）【受付時間／9：00～18：00】
TEL／042-389-7300
E-mail／deli@ship-hf.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