

ホテルパサージュ琴海

## クリスマスケーキ予約申込書

ご予約期間:令和6年12月12日まで

|                        |   |     |   |
|------------------------|---|-----|---|
| ご予約日                   | 令和6年 月 日  |     |   |
| (フリガナ)                 |   |     |   |
| お名前                    |   |     |   |
| ご住所                    | 〒   |     |   |
| ご連絡先                   | 電話番号  |     |   |
| 商品名                    | ノエルショコラ オレンジ  | 注文数 | 個 |
| 商品の<br>お受取り方法          | 12月23日～25日までの中から希望日を選択して頂き、各日とも<br>午前10時～午後5時までにホテルラウンジでお受け取り下さい。<br>※上記日程以外は要相談とさせていただきます。   |     |   |
| お受取り希望日<br>*いずれかに○下さい。 | 12月/ 23日・24日・25日 ( )<br>※上記日程以外を希望の場合、( )内にご記入下さい。  |     |   |
| お支払方法<br>*いずれかに○下さい。   | 1. 現金 *ご来館時にホテルラウンジにてお支払ください。<br>クレジットカード<br>2. 口座振込 *下記口座へ商品受渡しの前日までにお振込み下さい。<br>恐れ入りますがお振込手数料はお客様負担にてお願いいたします。<br>振込先:十八親和銀行 琴海支店<br>普通 No.1006319<br>株式会社パサージュ琴海 |     |   |
| ご注意事項                  | ご予約後キャンセル、変更、ご返金は承れません。   |     |   |

ホテルパサージュ琴海

〒851-3211 長崎県長崎市琴海利根171番地  
お申込み先:TEL095-884-3990・FAX095-884-3970

担当印

|     |
|-----|
| 担当印 |
|     |