

送信先FAX番号 0568-89-3488
内容をご確認の上、FAXをお願い致します

春日井中央ホテル
TEL 0568-89-2100

団体予約ご相談シート

ご希望に添えない事もございます。

内容を確認の上、当ホテルよりご連絡をさせていただきます。

送信後、返答がない場合はお手数ですが当ホテルまでお電話頂きます様お願い申し上げます。

		記入日	年	月	日	泊
ご宿泊日		年	月	日	～	泊
団体名		(フリガナ)				
ご担当者	お名前	(フリガナ)				
	TEL	固定	-	-	携帯	-
	FAX					
	メールアドレス					
ご希望	人数	人				
		うち 大人	人、	小学生	人、	幼児
	部屋タイプ・室数	シングル	喫煙	室	禁煙	室
		ツイン	喫煙	室	禁煙	室
		ダブル	喫煙	室	禁煙	室
		トリプル	喫煙	室	禁煙	室 ※1日3室まで可能
和室		名		※禁煙1室のみ、利用人数2名～4名まで可能		
朝食バイキングの有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 未定			
ご利用目的	<input type="checkbox"/> ビジネス <input type="checkbox"/> 旅行 <input type="checkbox"/> 文化・スポーツ・イベント					
交通手段	<input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 車 台 ※駐車場の予約不可					
	<input type="checkbox"/> 大型車(バス) ※1日1台1,000円(予約要)					
連絡欄 ご質問等ございましたら ご記入下さい。						