

“いつでもスヌーズレン” 予約申込用紙

会員氏名		会員番号	
人数	合計	内訳	
	人	障害をお持ちの方	人
		付き添いの方 (保護者、職員等)	人
施設名			
電話番号			
利用年月日	年 月 日 ()		
利用時間	:	~	: まで
	※利用はおおむね 1 時間とさせていただきます。		
備考			

TEL 0195-35-3888 / FAX 0195-35-3889

職員記入欄

受理日		受付職員		対応職員	
-----	--	------	--	------	--