

<城ヶ崎荘申込書（抽選用）>

* ご連絡先TELの記載ない場合は抽選対象外とさせていただきます。

ご利用対象：コマツ健保加入者（OB）および、その家族、友人のご利用とさせていただきます。

コマツ健保非加入者のみでのご利用はできません。（※）

※コマツ健保被保険者の被扶養者となっていない両親、及び配偶者に限り、

コマツ健保加入者の帯同なしでの利用可。

所属部課： _____ 連絡先 TEL _____

OBの方は最終所属事業所名をご記入ください _____

申込責任者 _____ 被保険者等記号 _____ 番号 _____ (*)

* 被保険者等記号番号の確認方法は [こちら](#) をご覧ください。

コマツ健保被保険者資格喪失後のOBの方は「OB」と記入してください。

（任意継続に加入中の方は任意継続の記号・番号を記入ください）

第1希望 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 泊

第2希望 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 泊

夕食は下記2種類となります。（グループ単位で1つの選択）
どちらかに○をしてください。

・夕食A 1,900円 ()

・夕食B 2,200円 ()

※夕食メニューは2024年6月より変更しました。

詳細はホームページをご覧ください。

利用人数 _____ 人

部屋数 _____ 部屋

◎ 利用者全員の氏名

氏名	申請責任者との続柄	年齢

◎ 注意事項

- ・ 連泊は、繁忙期を除き、空室状況に応じてご利用できます。
- ・ マナー違反・トラブルが発生した場合、申込責任者（被保険者、OB）が全責任を負うものとします。
- ・ 抽選は、現役被保険者の方を優先させていただきます。

※ご記入いただいた個人情報城ヶ崎荘の予約申込抽選業務、およびご利用に関するお知らせのみ使用します。

※ご入力いただきました個人情報を取扱う予約申込抽選業務を株式会社グリーンハウスへ委託いたします。

【城ヶ崎荘受付窓口（FAX）】

0557-51-1196