

メディカルりんくうポート セミナールーム 利用申込書

2/109

■別紙の「利用規約」を承諾の上、下記の通り申込みます。

※太枠内は必ずご記入下さい

申込 内容	利用日程	年 月 日 ()			ご注意:1日程につき1枚ご記入下さい
	入室時間	時	分	退室時間	時 分
	ご注意: 原則、入退室時間外のご利用はできません。準備・片付時間を含めた時間をご記入下さい。 例: 9時から事前準備、10時～16時にセミナー開催、17時に撤収の場合 ⇒ 「入室時間9時00分 退室時間17時00分」				
	利用目的				利用人数

申込者 情報	申込者 (法人or団体名)			担当者		印
	住所	〒				
	連絡先	(電話)		(E-mail)		
(携帯)			(FAX)			
ご注意: 「連絡先」欄には、ご利用当日に連絡のつく番号をご記入下さい。						

掲 示 内	移動式サインボードへのポスター掲示	希望する / 希望しない	・大きさ A4サイズ 2枚まで ・ポスターはご自身にて用意し、当日サインボードにお貼りください。
-------------	-------------------	--------------	---

<オプションのご利用> *オプションは事前にお申込みください。

申込	名称	利用料金	○/希望数	備考
	折りたたみパイプ椅子	330円(税込)	台	(倉庫備品)
	折りたたみホワイトテーブル	550円(税込)	台	W180×D45×H70cm(倉庫備品)
	ポータブルマイクスピーカー	2,200円(税込)		18W ワイヤレスマイク1台、有線マイク1台付

※以下の設備・備品は無料でご利用になれます。

設 備 ・ 備 品	名称	備考	名称	備考
	120インチスクリーン(天吊り式)		レーザーポインター	
	60インチ液晶モニター		指示棒	
	天吊りプロジェクター		手元ライト	
	ブルーレイディスプレイヤー		HDMIケーブル	10m 1本
	ハンドマイク(無線)	2本あり	LANケーブル	60インチ液晶モニター用
	スピーカー(天井固定)	2台	壁面ホワイトボード	正面のみ
	キャスター付会議用テーブル	13台(W180×D60×H70cm)	有線LAN	AVラック中ほどに7口あり
	キャスター付会議用椅子	38脚	無線LAN	
	演台(AVラック)			

支 払 情 報	支払方法	銀行振込	ご利用後に請求書を発行いたしますので、期限までにお振込下さい。
	※申込者と支払者が異なる場合は、以下の備考欄に支払者情報(請求書送付先)をご記入ください。		

備 考	
--------	--

ご利用20日前以降のキャンセルの際にはキャンセル料金が発生しますのでご注意ください。

◎お申込みの際は、本申込書を「メール」にて下記へご送付下さい。

株式会社りんくうメディカルマネジメント / E-mail: info@medical-rinku-port.com

記入例

メディカルりんくうポート セミナールーム 利用申込書

1805

■別紙の「利用規約」を承諾の上、下記の通り申込みます。

※太枠内は必ずご記入下さい

ご利用、1日複数にご記入下さい。

申込内容	利用日程	202* 年 ** 月 ** 日 (**) <small>ご注意:1日程につき1枚ご記入下さい</small>		
	入室時間	** 時 ** 分	退室時間	** 時 ** 分
	ご注意: 原則、入退室時間外のご利用はできません。準備・片付時間を含めた時間をご記入下さい。 <small>例: 9時から事前準備、10時~16時にセミナー開催、17時に撤収の場合 ⇒ 「入室時間9時00分 退室時間17時00分」</small>			
利用目的	(EX: 営業会議開催のため)		利用人数	** 名程

ご注意: 原則、入退室時間外のご利用はできません。
準備・片付時間を含めた時間をご記入下さい。

利用目的、ご利用人数をご記入下さい。

申込者情報	申込者 (法人or団体名)	法人名・団体名等	担当者	お申込者名	
	住所	郵便番号 及び ご住所			
	連絡先	(電話)	**-*--**--**--**	(E-mail)	e-mailアドレスをご記入下さい。
		(携帯)	**--*--**--*--**	(FAX)	**-*--**--**--**
ご注意: 「連絡先」欄には、ご利用当日に連絡のつく番号をご記入下さい。					

メール添付でお送り頂く場合の、印鑑は特に不要です。

※お申込者様の情報を入力して下さい。
・法人名(団体名)
・法人名(団体名)の〒、住所
・ご担当者氏名
・ご担当者の電話番号、e-mailアドレス

案内掲	移動式サインボードへのポスター掲示	希望する / 希望しない	・大きさ A4サイズ 2枚まで ・ポスターはご自身にて用意し、当日サインボードにお貼りください。
-----	-------------------	--------------	---

移動式サインボードへのポスター掲示(無料)を希望される場合、○をつけてください。
※ポスターは利用者様で用意し、貼付下さい。

<オプションのご利用> *オプションは事前にお申込みください。

申込	名称	利用料金	○/希望数	備考
	折りたたみパイプ椅子	330円(税込)	台	(倉庫備品)
	折りたたみホワイトテーブル	550円(税込)	台	W180×D45×H70cm(倉庫備品)
	ポータブルマイクスピーカー	2,200円(税込)		18W ワイヤレスマイク1台、有線マイク1台付

オプションのご利用(有料)を希望される場合にご記入下さい。

※以下の設備・備品は無料でご利用になれます。

設備・備品	名称	備考	名称	備考
	120インチスクリーン(天吊り式)		レーザーポインター	
	60インチ液晶モニター		指示棒	
	天吊りプロジェクター		手元ライト	
	ブルーレイディスクプレイヤー		HDMIケーブル	10m 1本
	ハンドマイク(無線)	2本あり	LANケーブル	60インチ液晶モニター用
	スピーカー(天井固定)	2台	壁面ホワイトボード	正面のみ
	キャスター付会議用テーブル	13台(W180×D60×H70cm)	有線LAN	AVラック中ほどに7口あり
	キャスター付会議用椅子	38脚	無線LAN	
	演台(AVラック)			

支払情報	支払方法	銀行振込	ご利用後に請求書を発行いたしますので、期限までにお振込下さい。
	※申込者と支払者が異なる場合は、以下の備考欄に支払者情報(請求書送付先)をご記入ください。		

請求書発行先が、お申込者と異なる場合など、特記事項がある場合にご記入下さい。

備考	
----	--

ご利用20日前以降のキャンセルの際にはキャンセル料が発生しますのでご注意ください。

◎お申込みの際は、本申込書を「メール」にて下記へご送付下さい。

株式会社りんくうメディカルマネジメント / E-mail: info@medical-rinku-port.com