

(申込用紙)ソウェルクラブ会員交流事業
食事会 in 菊乃井本店

担当者名 _____

抽 選 結 果

法人No. - 事業所No.
 共済会 _____

事業所名 _____

TEL番号 _____

ソウェル
 250- _____

事業所住所 _____

FAX番号 _____

ソウェルクラブ 会員番号 (000から始まる6桁) (900から始まる6桁)	(会員の場合) 共済会会員番号 (親族の場合) 会員との続柄	参加者氏名 (親族もお書きください)	参加者内訳			会員 本人 ¥ 6,500	親族 小学生以上 ¥ 7,000	価 格	食物アレルギーがある方は 食材名をお書きください
			該当に○		年 齢				
			男	女					
1								円	
2								円	
3								円	
4								円	
5								円	
6								円	
							計		
						名	名	円	

1グループで7名以上をご希望の場合は、必ず事前に共済会事務局までご連絡ください。
 締切後、定員に達しなかった場合は受付いたします。(締切後のご連絡ではお受けできません)

*親族を含め参加されるすべての方を1名ずつ漏れのないようにご記入ください。受付の際に使用いたします。

*参加対象者確認のため、会員番号や続柄は必ずご記入ください。

*お店の都合上、未就学児のお子様のご参加はご遠慮ください。

《締め切り》12月13日(金) 17:00 (必着)

《定 員》40名(抽選) 1グループ6名まで。抽選結果は、締切より1週間以内にFAXでお知らせします。

《取 消 料》締切後のお取消は、参加費を上限とし、実際に発生した取消料全額を申し受けますのでご注意ください。

《そ の 他》テーブル内で相席をお願いする場合があります。予めご了承ください。

【お申込み】共済会事務局 FAX:077-524-0441