

東京化粧品健康保険組合専用 リゾートトラスト予約申込書 (兼) 確認書

《注意事項》ご利用は被保険者又は被扶養者の同行が条件となります。
 なお、不適正な利用をされた場合は、今後のご利用を控えさせていただきます。

申込書送付先 リゾートトラスト株式会社
東京マイリゾートプラン予約センター
 ※平日 9:00~18:00
 (GW・お盆・年末年始は別途休業期間がございます。)
 TEL. 03-5323-8221
FAX. 03-5323-7483



申込日	年	月	日
会社名			
健康保険 被保険証記号/番号		—	
フリガナ			
同行する 被保険者又は 被扶養者の氏名			
回答先FAX	※こちらに返信します。必ずご記入ください。		
日中つながる 連絡先	携帯		
	自宅・勤務先		
住所	〒		

※太枠内をご記入ください。

◆個人情報に関するお知らせ◆ 当社は、個人情報に関する法令等を遵守し、お客様の個人情報の保護に万全を尽くして参ります。当社プライバシーポリシーにつきましては、当社ホームページ <http://www.resorttrust.co.jp> をご覧下さい。ご記入いただいた個人情報は、リゾートトラスト株式会社に に関する各種サービスの提供の目的で利用させていただきます。リゾートトラスト株式会社各施設にて行います 様々なイベント等のご案内を送付させていただく場合がございます。

**弊社会員制ホテルは、ファッションタワー(シールを含む)、入墨をされている方の
 「館内での露出及び大浴場(スパ)、エステのご利用」は固くお断りしております。
 上記内容に 同意する 同意しない (同意いただけない場合は、申込みをお受けすることはできません。)**

利用日程	第1希望	年	月	日()	~	年	月	日()	泊
	第2希望	年	月	日()	~	年	月	日()	泊
希望ホテル	第1希望				第2希望				
	<input type="checkbox"/> 日程を優先します <input type="checkbox"/> ホテルを優先します <input type="checkbox"/> 満室の場合、リゾートトラストの他のホテルを紹介してほしい								
宿泊人数	大人	男性	人()	歳)	合計人数	部屋グレード	室数		
		女性	人()	歳)		スタンダード(A)			
		6歳~小学生	人()	歳)		ラージ(C)			
		5歳以下	人()	歳)		喫煙・禁煙の別			
		添寝幼児※	人()	歳)		喫煙 禁煙	室		
(5歳以下の寝具が不要な幼児の人数をご記入ください。)					人				
食事内容	夕食	1泊目			2泊目				
		和食・洋食・中国・buffet ・その他()			和食・洋食・中国・buffet ・その他()				
		コース	X	名	コース	X	名		
		X	名		X	名			
		X	名		X	名			
朝食	和食・洋食・バイキング 名 小人 名 幼児 名			和食・洋食・バイキング 名 小人 名 幼児 名					
プラン利用	プランの利用をする【プラン名: _____】・しない								
①当社のホテルは何回目ですか。 【 はじめて ・ 回目 】 ②メールマガジンを希望する。 【 _____ @ _____ 】 ③ご利用の目的・背景などありましたらご記入ください。 例)結婚記念日・お誕生日など 【 _____ 】									
リゾートトラスト回答欄 ※お問合せの際、予約番号が必要になります。 ご予約番号は									

◇ご予約はご宿泊希望日の3ヶ月前の1日9:00より受付いたします。 例: 10月15日のご宿泊希望は7月1日9:00~受付開始
 ◇キャンセル料のご案内:
 キャンセル料の対象日については東京マイリゾート予約センターまでお問合せください。
 ■通常期間: 7日前より ■特別営業期間(4/29~5/5、7/25~8/20、12/30~1/5): 14日前より
 ※特別営業期間は1泊2食制のご利用に限ります。(リゾートビア・サンメンバーズのみ)
 ◇お申込時期・予約の回答について: 基本的に申し込みから3日以内に記載した宛先に予約の回答をFAXで返信いたします。
 (16時以降の着信は翌日着信の扱いとなります。) ※予約センター休業日の場合、翌営業日の回答となります。