

No. _____

会館利用申込書			
利用者名 (領収書宛名)			
担当者名			
住所			
電話番号		ファクス	
使用室名	室	携帯番号	
使用日時	令和 年 月 日() : ~ :		
その他使用日			
使用人数	名		
使用目的			
申込年月日			
変更年月日			
変更内容			
その他			
受付者名		変更受付者	

■キャンセルは14日前までに、それ以降の取り消しは部屋代の半額、当日のキャンセルは全額をいただきます。

公益財団法人鎌倉婦人子供会館

TEL 0467-22-0507

FAX 0467-22-8435

〒248-0006 神奈川県鎌倉市小町 1-11-5

2023.7