

会場責任者様：

## 《リファレンス西新宿大京ビルキャンセル依頼書》

**※担当者より ReFAX が届いた時点で、キャンセル受付完了です。**

株式会社リファレンス西新宿大京ビル FAX：03-5937-1543/TEL：03-5937-1542

◆ キャンセル依頼日： \_\_\_\_\_

◆ 企業様名： \_\_\_\_\_

◆ 担当者名： \_\_\_\_\_

◆ ご連絡先：FAX： \_\_\_\_\_ /TEL \_\_\_\_\_

| 利用日    | 会議室名 | 利用時間  |
|--------|------|-------|
| 平成 / / | 会議室  | : ~ : |
| 平成 / / | 会議室  | : ~ : |
| 平成 / / | 会議室  | : ~ : |

差支えなければ、キャンセル理由をお聞かせください。

ご返金先 ※お振込み手数料を差し引いてのご返金となります。  
※お振込み期日等の詳細は追ってご連絡致します。

|      |         |
|------|---------|
| 銀行名  | 銀行      |
| 支店名  | 支店      |
| 種別   | 普通 ・ 当座 |
| 口座番号 |         |
| 口座名義 |         |

《リファレンス使用欄》

|                            |       |
|----------------------------|-------|
| 日時：平成 / /                  | 担当者名： |
| ※確認致しました。次回のご利用をお待ち申し上げます。 |       |