

「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
年 月 日	会議室	: ~ :
年 月 日	会議室	: ~ :
年 月 日	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。

【既にご入金いただいている方でご返金がある場合は記載ください。】	
ご返金先 ※お振込手数料を差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	

上記確認・処理完了後、ReFaxをお送りいたします。届いた時点でキャンセルが完了となります。

「リファレンス使用欄」

受付日 : 年 月 日 担当名 :

※確認致しました。次回のご利用をお待ち申し上げます。