

会場責任者様：

《リファレンス新東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新東京ビル FAX：03-6269-9687/TEL：03-6269-9686

◆ 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。	