

返信先:ホテルマハイナ 予約課 宛て

FAX:0980-48-3312


e-mail:yoyaku@mahaina.co.jp

『マハイナ de プチ断食』お申込み用紙

- 日時:
- ~~2011年 6月 3日(金)～6月 5日(日)~~ 終了
 - ~~2011年11月11日(金)～11月13日(日)~~ 終了
 - 2012年 1月20日(金)～ 1月22日(日)
 - 2012年 3月 2日(金)～ 3月 4日(日)

*ご希望の日程に、○を付けてください。

〒905-0205

場所: ホテルマハイナ ウェルネスリゾートオキナワ 本部町字山川1456  0120-081715

お名前	ご住所	電話番号	メールアドレス
①			
②			
③			
④			

●ご希望の宿泊条件をお知らせください。該当する項目に○をつけてください。

- お一人様にてお申し込み(1名1室指定) 料金46,500円 (2度目以上の方42,500円)
 - お一人様にてお申し込み(相部屋にて利用) 料金36,500円 (2度目以上の方32,500円)
 - グループにてお申し込み(1室:2名、3名、4名) 料金36,500円 (2度目以上の方32,500円)
- * 相部屋希望でお申し込みで、ご宿泊当日までに相部屋ご希望のお客様がいらっしゃらない場合、1名1室のご案内となります。
※但し、料金は相部屋料金適用とさせていただきます。

●今回のご参加は初めてですか。該当する項目に○をつけてください。

- はい いいえ (回目)

●プランのうち、参加を希望されないプログラムがございましたら、○をつけてください。

- 古宇利島観光(1日目) 1,100円
- ノルディックウォーキング(2日目) 2,000円
- 星空観測(2日目) 1,500円
- 塩作り体験(3日目) 2,300円

※参加されないプログラムがございましたら、上記料金を差し引かせていただきます。

●最近の体調について、

・現在医師による加療(通院、入院、治療、投薬など)を継続中ですか？

- はい いいえ

・今回の「プチ断食プラン」参加にあたり、主治医の許可を得ましたか？

- はい いいえ

* 加療中の方が主治医の許可を得ていない場合、ご参加をご遠慮いただく場合がございます必ず、主治医へのご相談をなさるようお願いいたします。

●このプランについて、何でお知りになりましたか？該当する項目に○をつけてください。

- ホテルのホームページ
- 新聞
- 知人の紹介
- その他()

お申し込みありがとうございました。

* ご記入いただいた個人情報は、当社からのご連絡など、適正に取り扱いさせていただきます。

受付者記入欄

受付日 _____

整理番号 _____