

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・リセットファスティング』お申込み用紙

日時: 2013年 1月18日(金)~ 1月20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45,000円 (2度目以上の方41,000円)

お一人様にてお申し込み(相部屋にて利用) 料金35,000円 (2度目以上の方31,000円)

グループにてお申し込み(2名1室、3名1室、4名1室) 料金35,000円 (2度目以上の方31,000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

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

※天候等の諸事情によりプログラムが変更になる場合もございます。

●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 _____