

只見町宿泊費助成申込書

※太線内にご記入ください。

※お申し込みは2名様以上、対象は小学生以上です。

申込日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

申込者 (家族またはグループの 場合は代表者)	氏名	〒	住所			
	電話番号	()	FAX 番号	()	メール アドレス	

宿泊期間	平成	年	月	日	～	平成	年	月	日	()泊 ()日	※備考	助成対象人数	___人
利用宿泊 施設名			利用人数	大人(中学生以上) ___人・小学生 ___人・未就学児 ___人 計 ___人									

利用者	フリガナ	住所	生年月日	年齢	No.
	氏名				
			T・S・H 年 月 日		
			T・S・H 年 月 日		
			T・S・H 年 月 日		
			T・S・H 年 月 日		
			T・S・H 年 月 日		

※住所が同じ場合は、「同上」とご記入ください。

※利用宿泊施設欄・利用者欄等が不足する場合は、適宜、欄を追加（コピー）してご記入ください。

■ご記載頂いたご住所に今後ツアーやイベントのご案内などをお送りしてもよろしいですか。 希望する 希望しない

[事務処理欄]

助成番号	No. _____ ~ _____
------	-------------------

担当者確認欄