≪リファレンス広島小町ビル貸会議室　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

リファレンス広島小町ビル　**FAX:082-236-3761**(TEL:082-236-3760)

■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	利用時間	会議室名
年　月　日	:　～　:	koma
年　月　日	:　～　:	koma
年　月　日	:　～　:	koma

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。

--*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*≪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。