

## 《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 キャナルシティ博多貸会議室（運営：大博多ビル）

FAX:092-263-8800/TEL:092-263-7755

◆ 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
/    /	会議室	:    ~    :
/    /	会議室	:    ~    :
/    /	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：    /    /	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。