«リファレンスキャナルシティ博多キャンセル依頼書»

※担当者よりReFAXが届いた時点で、キャンセル受付完了です。

運営：リファレンス大博多ビル　FAX：092-292-5794/TEL：092-292-5754

◆ 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
年　月　日	会議室	：　～　：
年　月　日	会議室	：　～　：
年　月　日	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。

【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。