

● バス乗務員様専用 予約確認用紙

平成 年 月 日

送付先 / ホテルスカイ FAX : 03-3878-7114

貴社名	※領収証の宛先となりますので正確にご記入下さい。		担当者	
			部署	
TEL/FAX	TEL:	FAX:		
ご利用日	平成	年	月	日 曜日
利用形態	<input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい <input type="checkbox"/> 仮眠 : <input type="checkbox"/> 宿泊 (C/IN 時頃)			
バス会社	バス会社名称/号車番号/団体名等			
客室・料金 (消費税込)	ツインルーム @8,600円 ×	部屋	合計	円
	(2名様分の料金)			
	シングルルーム @6,500円 ×	部屋		

【日程や部屋数変更の場合のご記入について】

新たな用紙を使用せず、変更部分に『×』印をし、その横に変更後の数字をご記入しFAXをお送り下さい。

◆ ご利用時のお願い ◆

- ・ご利用料金のお支払いは、到着時に現金清算とさせていただきます。
- ・ご利用前のお振込みも可能です。請求書をお送りしますのでご連絡をお願いいたします。
- ・ツインでのご利用の際、エキストラベッドを使用させていただく場合があります。
- ・仮眠(デユース)でのご利用時間は、午前6時～午後6時までの12時間の滞在が可能です。
- ・仮眠のチェックアウトは原則として午後6時になります。
- ・仮眠の場合、ご利用日によって午後8時まで無料で延長可能ですが事前に確認が必要になります。
- ・ご宿泊のチェック・インは午後4時から、チェック・アウトは翌日午前10時となります。
- ・ご宿泊の場合、ご到着の時間は事前にお知らせ下さい。

※連絡欄

※弊社返信欄

(新規・追加・変更)の  
確認を致しました。

受付日 月 日 担当者 \_\_\_\_\_