

管理者 株式会社 日誠 様

申請者	ふりがな
	氏名または団体名 _____
	電話番号 _____ 住所 _____

記

利用場所	新舞子マリパーク	利用日	年 月 日 ( )
------	----------	-----	-----------

※当日は 11:00 までに BBQ ハウスへ利用申請書をお持ちの上、受付をお願い致します。

申込内容で当てはまる箇所に✓を入れて必要数を記載下さい。

<input type="checkbox"/> 個人利用 <input type="checkbox"/> 団体利用	必要テーブル数 (1テーブル定員4名様) ※利用時間10:00~15:00
	利用人数 _____ 名様 このうち乳幼児・園児 _____ 名様
	必要テーブル数 _____ × 5,000円 = _____ 円

<input type="checkbox"/> 一棟貸	利用人数 _____ 名様 ※利用時間10:00~15:00 ※1棟のコンロ数は12個です
	1棟あたり12テーブルが基本です。(1テーブル定員4名様)
	追加が必要な場合記載下さい ( ) テーブル ※追加は4テーブルまで 1棟貸数 _____ × 60,000円 = _____ 円

食材申込 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> シーフードと知多の恵みBBQセット 4名様~5名様 22,000円× _____ セット
	<input type="checkbox"/> 知多の恵み下村牛&愛ぼーくセット 4名様~5名様 16,000円× _____ セット
	<input type="checkbox"/> 知多の恵み下村牛堪能セット 4名様~5名様 22,000円× _____ セット
	<input type="checkbox"/> 知多の恵み下村牛堪能セット 2名様~3名様 11,000円× _____ セット
	<input type="checkbox"/> 知多の恵み愛ポーク堪能セット 4名様~5名様 10,000円× _____ セット
	<input type="checkbox"/> 知多の恵み愛ポーク堪能セット 2名様~3名様 5,000円× _____ セット
合計 _____ 円	

追加食材 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> シーフードセット 3,000円× _____ 食	<input type="checkbox"/> ポークソーセージ1本100円× _____ 本
	<input type="checkbox"/> 下村牛カルビ100g 1,400円× _____ 食	<input type="checkbox"/> 粗びきウインナー1本100円× _____ 本
	<input type="checkbox"/> 下村牛ロース100g 1,400円× _____ 食	<input type="checkbox"/> ハーブウインナー1本100円× _____ 本
	<input type="checkbox"/> 下村牛アカミ100g 1,400円× _____ 食	<input type="checkbox"/> コーンバター 500円× _____ 食
	<input type="checkbox"/> 愛ポークロース200g 650円× _____ 食	<input type="checkbox"/> ポップコーン 500円× _____ 食
	<input type="checkbox"/> 愛ポーク肩ロース200g 650円× _____ 食	
	<input type="checkbox"/> 愛ポークバラ200g 650円× _____ 食	
	追加食材 合計 _____ 円	

飲み放題 申込 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 飲み放題 人数 _____ 名様 × 2,000円 = _____ 円
	<input type="checkbox"/> ソフトドリンク飲み放題 人数 _____ 名様 × 1,000円 = _____ 円
	※飲み放題は乳幼児・園児を除く人数分必要となります。飲み放題時間120分。 合計 _____ 円

総合計	金額 _____ 円
-----	------------

利用規約に同意した上で、上記の通り施設の利用を申請いたします。

※利用規約はご利用の方全員にご理解いただきます様、お願い申し上げます。

署名 \_\_\_\_\_

受付日	令和 年 月 日 ( 曜日)	受付印	領収印	確認
入金締切日	令和 年 月 日 ( 曜日)		現金・振込	現地 FAX 経理 FD
キャンセル発生日	令和 年 月 日 ( 曜日)			

※4テーブルまでは10日前から発生 5テーブル以上は1ヵ月前から発生

株式会社 日誠

登録番号 : T3-1800-0109-4789