

《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。

株式会社リファレンス 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
平成 / /	会議室	: ~ :
平成 / /	会議室	: ~ :
平成 / /	会議室	: ~ :
平成 / /	会議室	: ~ :
平成 / /	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 ※お振込み手数料は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：平成 / /	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。