

印刷の上FAXでお送り下さいませ。赤字部分のご記入(入力)をお願いいたします

FAX宛先: 川越第一ホテル 049-226-3716

団体名

様

チェックイン: 年 月 日 ~ チェックアウト 月 日

予約No	禁煙・喫煙	Room	お名前				
	禁煙・喫煙		様				
	禁煙・喫煙		様				
	禁煙・喫煙		様				
	禁煙・喫煙		様				
	禁煙・喫煙		様				
	禁煙・喫煙		様				
	禁煙・喫煙		様				
	禁煙・喫煙		様				
	禁煙・喫煙		様				
	禁煙・喫煙		様				
	禁煙・喫煙		様				
	禁煙・喫煙		様				
	禁煙・喫煙		様				
	禁煙・喫煙		様				
	禁煙・喫煙		様				
	禁煙・喫煙		様				