

参画申込書

回答日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

TO 宿で直接割引！！佐賀支え愛宿泊キャンペーン事務局行き

(FAX 0952-20-0602)

以下のチェックリストに同意の上、隣県居住者への対象拡大及び期間延長後の「宿で直接割引！！佐賀支え愛宿泊キャンペーン」に参画したいので、宿泊施設情報をお送りします。

※チェック項目への同意チェックをお願いします。

取扱マニュアル Ver. 10「4. ワクチン検査パッケージの活用」(P10～P11)に基づき、本キャンペーンを安全・安心に実施します。

取扱マニュアル Ver. 10「5. キャンペーン一時停止時のキャンセル対応」(P12～P13)に基づき、速やかに本キャンペーンを一時停止します。

本参画申込書とともに宿泊約款（キャンセルポリシー）・誓約書を提出します。

以下の情報について地域限定クーポン事務局への提供に同意します。

施設名: _____

担当者: _____

住所: _____

連絡先 TEL: _____ FAX: _____

Email: _____

HP: _____

振込口座情報			
銀行名		支店名	
預金種別		口座番号	
口座名義 (カナ)			