

ご宿泊予約シート

MILK-INN江川への宿泊は、こちらの予約シートをご利用下さい。

お問い合わせを頂いてから、内容のご確認のためにご連絡を差し上げます。

宜しくお願い致します。



※1日1組限定となりますので、ご希望に添えない場合はどうぞご了承ください。

お名前 様 (フルネームで入力して下さい)

ふりがな 様

郵便番号 〒

都道府県

ご住所

電話番号

携帯

メールアドレス

宿泊日: 年 月 日から 泊

宿泊人数: 大人(男性 人 / 女性 人) 子供 人

チェックイン予定時刻: 午後 時ころ

コメント: 予約確認のためのお電話に都合の良い時間帯など

↑
FAX:0198-64-2219

お掛け間違いのないよう、番号の再確認をお願い致します。

FAX:0198-64-2219

お掛け間違いのないよう、番号の再確認をお願い致します。