

FAX: 03-3267-4000

東京セントラルユースホステル予約申込書(1~9名様用)

ふりがな

お名前 _____

ご住所 (〒 _____) _____ 都道府県

ご自宅お電話 _____ 携帯電話 _____

FAX _____ Email _____

ご利用人数

| | 男性 | 女性 | 合計 |
|-----------------------|----|----|----|
| 高校生以上 | | | |
| 4歳~中学生 | | | |
| 4歳未満 (□大人と添い寝 □ベッド使用) | | | |
| 合計 | | | |

ご利用日

| | | 朝食・別料金 (7:00-8:00 入場、8:30 終了) |
|-----|-----------------------|-------------------------------|
| 1泊目 | 年 月 日 (到着予定時刻 _____) | 朝食あり ・ 朝食なし ・ 未定 |
| 2泊目 | 年 月 日 | 朝食あり ・ 朝食なし ・ 未定 |
| 3泊目 | 年 月 日 | 朝食あり ・ 朝食なし ・ 未定 |
| 4泊目 | 年 月 日 | 朝食あり ・ 朝食なし ・ 未定 |
| 5泊目 | 年 月 日 | 朝食あり ・ 朝食なし ・ 未定 |
| 6泊目 | 年 月 日 | 朝食あり ・ 朝食なし ・ 未定 |

ご希望・お問い合わせ (ドミトリー・家族室・車いす対応室 etc.)