

世田谷区民健康村在会確認票 記載例

セラ・サービスあて (FAX03-3412-2340 平日 9:00-17:30)

※個人情報保護の観点から、上記以外の時間の FAX はご遠慮ください。FAX 送信後到着確認のお電話をお願いします(Tel03-3411-6655 平日 9:00-17:30)。

在会確認が取れない場合のみセラ・サービスからご連絡いたします。

区民健康村の利用について、以下のとおりセラ・サービスの在会確認を申請します。

| | | | | | |
|---|---|----|--|---|---|
| (1)会員番号 | — | | (2)会員氏名 | | |
| (3)利用日 | 年 月 日から | 泊数 | 泊 | 日 | |
| | 年 月 日まで | | | | |
| (4)利用施設 (該当施設に○) | ふじやまビレジ ・ なかのビレジ | | | | |
| (5)利用人数 該当に○ | 会員本人を 含む・含まない | | 利用人数 | | |
| | 予約代表者が会員以外 の場合、その方の名前 | | うち補助対象 人 | | |
| (6)会員連絡先 | TEL | | | | |
| (7)予約代表者が会員以外の場合 | は予約代表者のお名前 | | | | 様 |
| (8)同行者に他に 会員番号を持つ 会員がいる場 合の会員番号と 会員氏名 | 会員番号 | | 会員氏名 | | |
| | — | | 様 | | |
| | — | | 様 | | |
| | — | | 他に会員番号を持つ方が同行する場合は、 その方の会員番号とお名前を記載する | | |
| (9)利用者に会 員本人がいない 場合の記載事項 | 今回の利用は、会員の 2 親等以内の親族の利用であることを証明します。 年 月 日 会員本人自署 | | | | |

利用人数:会員・家族を問
わず予約した実際の利用人数
補助対象:今回補助を受け
たい人数を記載

※セラ・サービス確認欄

登録番号

| | | | | | | | |
|--------|-------|------|--------|-----|-----|-----|--|
| 受領日 | 年 月 日 | 在会確認 | 可 ・ 不可 | 理 由 | | | |
| 会員回答日 | 年 月 日 | | | 担当者 | 係 長 | 副参事 | |
| 健康村回答日 | 年 月 日 | | | | | | |

区民健康村 ご担当者様

貴施設利用について申請のあった上記会員について、在会確認の結果が
取れました・取れませんでしたので、ご連絡いたします。 セラ・サービス 担当