

会場責任者様：

## 《リファレンス大阪駅前第4ビルキャンセル依頼書》

**※担当者より ReFAX が届いた時点で、キャンセル受付完了です。**

株式会社リファレンス大阪駅前第4ビル FAX：092-432-0035/TEL：092-432-0058

◆ キャンセル依頼日： \_\_\_\_\_

◆ 企業様名： \_\_\_\_\_

◆ 担当者名： \_\_\_\_\_

◆ ご連絡先：FAX： \_\_\_\_\_ /TEL \_\_\_\_\_

利用日	会議室名	利用時間
平成 / /	会議室	: ~ :
平成 / /	会議室	: ~ :
平成 / /	会議室	: ~ :

差支えなければ、キャンセル理由をお聞かせください。

ご返金先 ※お振込み手数料を差し引いてのご返金となります。  
※お振込み期日等の詳細は追ってご連絡致します。

銀行名	銀行
支店名	支店
種別	普通 ・ 当座
口座番号	
口座名義	

《リファレンス使用欄》

日時：平成 / /	担当者名：
※確認致しました。次回のご利用をお待ち申し上げます。	