

返送シート (FAX 079-667-7114)

***** プラトーこのはな宿泊確認 *****

【学校名】 _____ (ご担当者名 _____)
 連絡先 TEL _____ FAX _____

1) 宿泊利用日 平成 年 月 日 () ~ 月 日 () 泊 日
 [生徒] 名 + [先生] 名 + [写] 名 + [その他] 名 = 合計 名

クラス	1組	2組	3組	4組	5組	6組	7組	8組			合計
男性											
女性											
合計											

2) 食事メニュー [内容] 1泊2日・ 2泊3日・ 4泊5日
 ※メニューを書き込んで下さい。

夕食	朝食	昼食	夕食	朝食	昼食

アップ料金 有り・ 無し ()

3) 食事配列 (名簿をお願いします)

クラス男女別・ 班別・ 部屋別 (200名以上はクラス男女別にしか並びません)

4) 先生のお部屋と入り数、 _____ ()名、 _____ ()名、 _____ ()名、
 _____ ()名、 _____ ()名、 _____ ()名、 _____ ()名、

・最終日、病人と先生の荷物は、基本102・103号室です。

●到着日、前泊の学校が使用中「102・103号室」●および下駄箱は使用出来ません。下足(靴)は部屋までお持ち込みください。●体育館は、13時30分まで使用できません。

・ユニットバス(バス・トイレ)は生徒は使用出来ません。□使用の場合は別途料金が必要です。

・4クラスの学校は、本館のみです。□4クラス以下で別館使用の場合別途料金が必要です。

本館 200名、別館 100名

5) 客室内テレビ 有り 無し

6) お部屋ドア前表 有り (□事前送付、□当日持参) 無し

7) ジュース自販機 ON OFF

8) 到着時昼食 有り 先生(名) 生徒(名) 弁当手配 予算(円)
 無し (□持参 □その他で手配)

9) 副食(夜食・飲み物等) 手配要 (生徒 名分) (先生 名分) 手配不要
 (例) 品名/内容(パン・ジュースの場合@250) 品名 _____) 予算(円)

10) 先生夜ミーティング 有り (□アルコールOK、□ノンアルコール) 無し

11) アレルギー生徒 有り 無し ※有りの場合、個別の調査票提出をお願いします。
 障がい[知的、身体、精神(発達障がい含む)、他身体機能]に関して□に✓入れて下さい
 なし あり()

12) 観光バスの手配 有り 台(円) 無し その他(学校で手配済み)
 ※このはな手配の場合、座席表はNo.12-2、No.12-3を参考にして下さい。

13) その他施設での必要な準備物

宿泊確認返送シート・しおり2部(部屋人数・日程表)、班別人員、アレルギー調査票

は10日前までに返送をお願いします。

重要 ※シーズン中の変更、手配、お問い合わせはFAXでお願いします。