

# 成育歯科医療研究会 様

## ◆ 神戸ポートピアホテル 宿泊申込みのご案内 ◆



★日 程：2023年1月31日(火)・2月1日(水)

### ★ご宿泊代・部屋タイプのご案内

部屋タイプ	広さ	利用人数	お一人様料金	限定数 (2日間計)
シングル	22.4㎡	1室1名様	¥12,000	40
シングルユース	27.4㎡～	1室1名様	¥15,500	10
スタンダードツイン	27.4㎡～	1室2名様	¥11,000	

### 【エグゼクティブフロア】

クラブフロアシングルユース	29.6㎡～	1室1名様	¥23,500	10
クラブツイン	29.6㎡～	1室2名様	¥14,000	



シングルルーム



ツインルーム



オーバルクラブ(クラブラウンジ)

- \* 宿泊代は、お一人様あたりの1泊朝食付き(税金・サービス料込)の料金です。
- \* 別紙の申込書にてお申込み下さい。
- \* お部屋に限りがございますので、お早めにお申込みをお願い致します。

- ★ 全室インターネット接続可能
- ★ 駐車場完備(1泊¥800)
- ★ 新神戸・三宮からの無料シャトルバス運行あり  
※詳細はホテルホームページをご確認くださいませ。

### 【ご宿泊のお申込み方法】

- ☆ 別紙の『**ご宿泊申込書**』をご記入のうえ、**FAX**にてお申込み下さい。



FAX:078-302-6877

《神戸ポートピアホテル ご宿泊申込書》

宿泊部 団体予約 宛

お問合せ先 TEL:078-302-1143

成育歯科医療研究会 様

【宿泊お申込みのご案内】

- ① ご宿泊料金は別紙『ご宿泊代・部屋タイプのご案内』をご確認下さい。  
(宿泊代は1泊朝食・税金・サービス料が含まれたお一人様料金となります)
- ② 宿泊料金のお支払いにつきましては、チェックアウト時に各自でご精算下さい。
- ③ キャンセル料は、2日前50%、前日80%、当日100%となりますので、予めご了承下さい。
- ④ ご希望の部屋タイプをご記入下さい。お部屋数に限りがございますので、先着順とさせていただきます。  
(満室で別の部屋タイプをご案内させて頂く場合がございますのでご了承下さい)
- ⑤ ご宿泊のお申込みは、1月20日(金)までにお問い合わせ申し上げます。
- ⑥ FAX受領後、ホテルよりFAXにてご返信申し上げ、ご予約確定とさせていただきます。

申込日 年 月 日

ご宿泊者名: 様 (合計 名)

ご連絡先:ご住所 〒

TEL

\*FAX

注)FAX番号を必ずご記入ください。

ご希望部屋タイプ

	宿泊日	ご希望部屋タイプ		ツインでご利用の場合の同室者名	禁煙・喫煙 どちらかに○
		第1希望	第2希望		
1	/				禁煙 喫煙
2	/				禁煙 喫煙
3	/				禁煙 喫煙
4	/				禁煙 喫煙
5	/				禁煙 喫煙

\* 喫煙ルームは部屋数に限りがございますので、ご希望に添えない場合がございます。

ホテル回答欄

	回答日・担当者
	/