

宿泊申込書

お申込日 年 月 日

※ご記入のうえ、FAX又は郵送でお送りください。

フリガナ		生年月日	年	月	日生	才
お名前	印	ご職業		性別	男・女	
ご住所	(〒 -)					
①自宅電話	-	②携帯電話	-			
※宿泊申込書到着後、ご確認のお電話連絡をさせていただきます。 ※自宅か携帯に○を付けてください。		メールアドレス				
未成年の方は、保護者の記名と押印をお願いいたします。						
保護者名	印	連絡先	-			

現在、医師の治療を受けていますか？	はい (病名)	・	いいえ				
現在、薬を服用していますか？	はい (の薬)	・	いいえ				
現在の体調はいかがですか？	良好	・	普通	・	良くない	・	悪い
身長	cm	体重	kg	血压	~		
当施設以外でFasting(断食)を受けられたことはありますか？	はい (施設名)	・	いいえ				

ご希望のコースをご記入ください。

宿泊コース (○印)	断食プラン	体験コース(2泊3日~)		泊		日
		美食コース(4泊5日~)		泊		日
		セルフメイドコース(6泊7日~)		泊		日
	自然食プラン	自然食コース(2泊3日~)		泊		日
お部屋タイプ		相部屋	・	個室	1名様で個室をご希望の場合は、個室料金が1泊5,000かかります。 2名様以上でご宿泊の場合は、個室料金は発生しません。	

宿泊予定日をご記入下さい。

宿泊日程	チェックイン(13:00~15:00)	年	月	日	チェックイン予定時間
泊日	チェックアウト(10:00~11:00)	年	月	日	:

桜坂ガーデンをご利用になる目的をお聞かせください。

.....

.....

.....

当館のファスティングプランは、当宿泊申込書本人が自発的に、且つ自己責任のもとで行います。よって、滞在中における病気・事故等についての補償は致しかねますので、あらかじめご了承ください。
尚、現在持病のある方、継続的に薬を服用している方は、必ずかかりつけの医師に相談のうえ、許可を得てからお申し込みください。(原則として、お薬を服用しながらのファスティングはお断りしております。)
上記内容を承諾のうえ、申し込みをします。