

〈宿泊施設ご担当者様〉

- ・本様式は大分県教職員互助会専用の様式です。
- ・本団体は、会員の皆様へ宿泊に際し補助金を給付している為、宿泊料金をご記入いただきますよう、お願いいたします。

宿 泊 証 明 書

様は、

※宿泊者氏名は、分かる範囲で全員分の記入をお願いします。

下記のホテル（施設）に宿泊されたことを証明いたします。

令和 年 月 日

宿 泊 日	令和 年 月 日（ ）から 令和 年 月 日（ ）まで
宿泊人数	人
宿泊料金 <small>※バック商品等で宿泊料金が 分からない場合は記載不要 です。</small>	円（税込） 消費税10%
ホテル（施設）名	印

（問い合わせ先）

一般財団法人

大分県教職員互助会

大分県大分市大字下郡496番地の38 大分県教育会館内

TEL 097-556-9292

営業時間 月～金（祝日除く）8：30～17：00