

〈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

下記のホテル（施設）に宿泊されたことを証明いたします。

▼宿泊者ご自身で記入したものは無効です。

令和 年 月 日

宿泊者氏名	
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	円 (税込) 消費税10%
ホテル(施設)名	※ホテル（施設）名は、手書きの場合押印が必要です。（私印不可） 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 FAX / 097-556-3221
営業時間 月曜日～金曜日（祝日除く） 8:30～17:00