****

**レンタカー予約申込書**

必要事項をご記入の上、FAXでお送りください。車両の空き状況を確認し、トータル金額を計算してご連絡いたします。 FAX： **096-389-0799** TEL： **096-388-0011**

|  |  |
| --- | --- |
| **お客様情報** | |
| **会社名** | ※法人でご利用の場合 |
| **お名前 H:\コレカ\ホームページ\wp\wp-content\uploads\hissu.gif** |  |
| **フリガナ** |  |
| **ＴＥＬ H:\コレカ\ホームページ\wp\wp-content\uploads\hissu.gif** |  |
| **ＦＡＸ** |  |
| **ご住所** | 〒 |
| **レンタカー** | |
| **希望クラス** |  |
| **禁煙車／喫煙車** | ☐希望なし　　☐禁煙車　　　☐喫煙車 |
| **補償プラン** | ☐標準補償プラン　　　+0円  ☐安心補償プラン　　　+1,000円（税別）/1日  ☐スーパー補償プラン　+2,500円（税別）/1日 |
| **受取希望日時・場所** | |
| **受取希望日時H:\コレカ\ホームページ\wp\wp-content\uploads\hissu.gif** |  |
| **宅配サービス** | ☐利用しない（店頭で受け取る）　☐利用する |
| **宅配希望場所** | ※自宅、勤務先、空港、主要駅に限らせていただきます。 |
| **返却希望日時・場所** | |
| **返却希望日時H:\コレカ\ホームページ\wp\wp-content\uploads\hissu.gif** |  |
| **宅配サービス** | ☐利用しない（店頭に返却する）　☐利用する |
| **返却希望場所** | ※自宅、勤務先、空港、主要駅に限らせていただきます。 |
| **オプション** | |
| **チャイルドシート** | 乳児用(　　)台　　　幼児用(　　)台　　　学童用(　　)台 |
| **ご要望・ご連絡** |  |

**お支払い方法について**

受取の際に、現金でお支払いください。

返却時間が遅れた場合は、返却の際に不足分をお支払いいただきます。　　　FAX： **096-389-0799**