

コンパニオン派遣依頼

お客様のお名前

お客様のお電話番号

ご連絡ご希望時間帯

時頃（24 時間表記でお願い致します）

コンパニオン派遣日時

月

日

時

コンパニオン派遣場所

お客様の人数

人

コンパニオンの派遣人数

人

ご希望コース

通常コース

ご商談コース

コンパニオン初めてコース

派遣スナックコース

ご要望（カスタムコースご希望のお客様は、こちらに詳細をご記入下さい。）

印刷・ご記入後、下記 FAX 番号まで送信をお願い致します。コース等詳細については、ホームページをご覧ください。
FAX 到着後、こちらから確認のお電話をさせていただきます。そのお電話をもって予約を確定とさせていただきます。

FAX 029-879-7106