**Holy Rood House: Events / Stay Booking Form**

Title: . . . . . . . . . . . . . . . Name:  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Address: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  Post Code: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Phone/s: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Email: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Emergency Contact name and Number/s: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Date of Arrival:. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Date of Departure: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Purpose of visit / name of event: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ..**

Arrival Time: . . . . . . . . . . . . Lift Req’d? . . . . . . . From?. . . . . . . . . . . . .  . . . . . . . . . . . . . . Time? . . . . . . . . .

**Purpose of Visit:** please Circle: **Quiet Rest         Study        Counselling       Body Therapy**

Other reason: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Please state any Dietary Needs: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

If for 2 People, please Circle preferences:   Separate Rooms       Double Room       Twin Room        En suite

**Further information to help us make your stay happy and comfortable e.g can you manage stairs?**

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**How did you hear about us?** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Please Return this Form, together with a Non-Refundable Deposit of £30 per person to:

**Holy Rood House, 10 Sowerby Road, Thirsk, North Yorkshire Y0 1HX**

Cheques made payable to:

***Holy Rood House***.

If you require an acknowledgement, please enclosed stamped addressed envelope. If you are a Taxpayer, please complete the Gift Aid Form (link here)

Signed: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Date: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .