

入居申込書 兼 賃貸保証委託申込書

個人用

申込日 20 年 月 日

取扱店CD	取扱店名	TEL	03-6808-9597	担当
372775	株式会社オールフロー管理	FAX	03-6808-9598	

申込区分	<input type="checkbox"/> 新規申込 <input type="checkbox"/> 入居中申込		物件用途	<input type="checkbox"/> 住居 <input type="checkbox"/> 店舗 <input type="checkbox"/> 事務所 <input type="checkbox"/> 駐車場 <input type="checkbox"/> その他()					
フリガナ			所在地	〒					
物件名			号室						
月額費用	月額賃料(税込)	管理費/共益費	駐車場				月額費用合計(月額保証対象額)		
	円	円	円	円	円	円	円(税込)		
初期費用	礼金	敷金	保証金	解約引/償却	入居予定日				
	円	円	円	円	円	円	20 年 月 日		
保証会社	日本セーフティー株式会社		継続保証料 支払方法	<input type="checkbox"/> 月払い		日本セーフティー指定 集金代行サービス利用必須		<input checked="" type="checkbox"/> 年払い	<input checked="" type="checkbox"/> してください

私(申込者)は、予め緊急連絡先、及び連帯保証人の同意を取得し、別紙日本セーフティー株式会社「個人情報の取得・保有・利用・提供等に関する同意条項」に同意の上、申込みます。

申込者	フリガナ			配偶者	〒							
	氏名 ※自署			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	現住所	<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 賃貸(家賃 万円/月) <input type="checkbox"/> 親族同居 <input type="checkbox"/> 他()						
	生年月日	西暦	年	月	日	年齢	携帯 TEL	自宅 TEL	健康 保険	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 国民保険		
	職業	<input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 役員 <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 失業保険受給 <input type="checkbox"/> 年金受給 <input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 無職						転居 理由				
	勤務先/ 学校名						勤務先TEL	勤務 年数	年	月収	万	
	勤務先 所在地	〒					業種					
入居者	<input type="checkbox"/> 申込者本人のみ ※申込者本人の記入は不要 <input type="checkbox"/> 申込者および同居人 <input type="checkbox"/> 申込者以外										入居人数	人
	フリガナ	続柄	生年月日	西暦	年	月	日	年齢	勤務先/ 学校名	TEL		
	氏名	男女			携帯TEL							
	フリガナ	続柄	生年月日	西暦	年	月	日	年齢	勤務先/ 学校名	TEL		
	氏名	男女			携帯TEL							
フリガナ	続柄	生年月日	西暦	年	月	日	年齢	勤務先/ 学校名	TEL			
氏名	男女			携帯TEL								

緊急連絡先 入居者以外のご親族の方をご記入ください。※連帯保証人の有無に関わらず必須

フリガナ	続柄	携帯TEL	自宅 住所	〒
氏名	男女	自宅TEL		

※連帯保証人ありの場合のみご記入ください。

連帯保証人	フリガナ			現住所	〒						
	氏名	男女			<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 親族同居 <input type="checkbox"/> 他()						
	生年月日	西暦	年	月	日	年齢	続柄	携帯 TEL	自宅 TEL		
	職業	<input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 役員 <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 年金受給									
	勤務先/ 学校名						勤務先TEL	勤務 年数	年	月収	万
勤務先 所在地	〒					業種					

《通信欄》

< 仲介会社情報 >

仲介店名	TEL	FAX	担当
------	-----	-----	----

インターネット・ライフライン設備案内依頼シート

会社名：

御担当者様：

連絡先：

下記項目に✓チェックご記入の上、お客様情報のご記入をお願い致します。

ライフラインサポートセンター株式会社WillPlaceより連絡入る旨を了承しました。

お客様情報		WillPlace			
記入日	年 月 日				
お名前	ふりがな	生年月日	西暦	年 月 日	
		連絡先	-	-	
お引越し先住所					
マンション名					
部屋番号	入居日	年 月 日	無料回線の有無	有 ・ 無	
ご案内希望時間					
ライフラインのご案内	希望 ・ 不要	光回線のご案内	希望 ・ 不要	ガス	都市ガス ・ その他
備考					

本紹介シートでご提供いただいた個人情報は、運営会社株式会社 WillPlace を通じ、

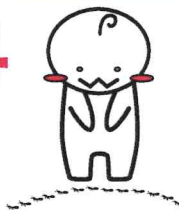
1. 提携している各事業者への情報提供 2. 当社の商品、サービスに関する情報提供各種手続きを行うために利用いたします。

ご記入ありがとうございました。ご希望時間帯に合わせてお電話させていただきます。

FAX03-6373-5634

ご質問等ございましたら、お気軽にご連絡ください。

※ FAXの送り間違えには十分ご注意ください。



株式会社 WillPlace

〒141-0031
東京都品川区西五反田2-27-3
A-PLACE五反田5階

TEL. 0120-945-7877
TEL. 03-6373-5633

