【空き室見学申込書】

住まいるパートナーグループ
グループ幹事会社
有限会社　三　栄
TEL.FAX　011-891-8040自動切替
011-891-4191 自動切替
携帯電話080-5594-4191　伊藤

申込み日　平成　　年　　月　　日

物件名称			階建	号室
物件所在地				
敷金．家賃	敷金　円	家賃　円	共用費　円	駐車料金1台　円
その他の費用	融雪費　円	除雪費　円	町内会費(任意) 円	

※空き室見学申込の方は赤線枠内の記入をされてFAXで送ってください。

契約者欄	フリガナ		男	生年月日　年　月　日		年齢　才
	氏名		女	TEL 自宅	(　)　－	
				携帯電話	－　－	
	現住所					居住　年
	e－mail					
	本籍地					
勤務先	勤務先名				所属	
	所在地				TEL	
	業種		役職		勤続年数　年	年収　万円
契約者以外同居人	続柄	氏名	生年月日	年令	勤務先、学校名	勤務先TEL
			・・・			
			・・・			
			・・・			
			・・・			
	駐車場　要　不要	台	車種		登録番号	

連帯保証人	フリガナ					
	氏名	生年月日	年　月　日　才	TEL		
	住所	居住　年	借家　自己所有			
	勤務先名	勤続年数　年	TEL			
	勤務先住所業種	役職	年収	万円	契約者との関係	
連帯保証人	フリガナ					
	氏名	生年月日	年　月　日　才	TEL		
	住所	居住　年	借家　自己所有			
	勤務先名	勤続年数　年	TEL			
	勤務先住所業種	役職	年収/月収	万円	契約者との関係	

入居連帯保証人がいない場合は入居保証協会を利用する事もできます。

保証協会をご希望の方は □ の中に〉印をつけて下さい。

入居連帯保証人に保証協会を希望いたします。□（ご希望の方は四角の中に〉印を付けて下さい。）