

001 004

# 賃貸保証委託申込書 (法人契約用)

**日本セーフティー株式会社**  
TEL 03-5446-5700

申込日 20 年 月 日

申込者	私(申込者)は、予め緊急連絡先、及び連帯保証人予定者の同意を取得し、別紙「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。										申込者署名欄 (自署)			
	フリガナ		所在地(本店)		〒						TEL		FAX	
	会社名		TEL		FAX		TEL		FAX		FAX		FAX	
	設立		T・S・H 西暦		資本金		万円		年商		万円		事業内容	
	フリガナ		代表者氏名		性別		現住所		〒		TEL		FAX	
	生年月日		T・S・H 西暦		年齢		携帯TEL		契約理由		TEL		FAX	
担当部署		担当者氏名		携帯TEL		契約理由		TEL		FAX		FAX		
入居者	<input type="checkbox"/> 代表者本人のみ ※代表者本人の記入は不要 <input type="checkbox"/> 代表者および同居人 <input type="checkbox"/> 代表者以外         ※下記3名のほかに入居者様がいる場合は、合計入居者数をご記入の上、通信欄に残りすべての入居者様をご記入ください。 <span style="float:right">合計 名</span>													
	フリガナ		続柄		生年月日		T・S・H 西暦		年齢		勤務先/学校名		TEL	
	氏名		性別		携帯TEL		TEL		FAX		FAX		FAX	
	フリガナ		続柄		生年月日		T・S・H 西暦		年齢		勤務先/学校名		TEL	
	氏名		性別		携帯TEL		TEL		FAX		FAX		FAX	
フリガナ		続柄		生年月日		T・S・H 西暦		年齢		勤務先/学校名		TEL		
氏名		性別		携帯TEL		TEL		FAX		FAX		FAX		
<<住居の場合は入居者様のご親族、事業用の場合は代表者様と別世帯のご親族の方をご記入下さい>>														
緊急連絡先	フリガナ		続柄		携帯TEL		自宅住所		〒		TEL		FAX	
	氏名		性別		自宅TEL		TEL		FAX		FAX		FAX	
連帯保証人予定者	フリガナ		現住所		〒 <input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 親族同居 <input type="checkbox"/> 他( )									
	氏名		性別		TEL		FAX		FAX		FAX		FAX	
	生年月日		T・S・H 西暦		年齢		続柄		携帯TEL		自宅TEL		FAX	
	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											
	勤務先名称		所在地		〒		TEL		FAX		FAX		FAX	
勤務先TEL		勤続年数		年		月収		万		業種		職種		

取扱店NO. 041819		担当者	
株式会社タカユキ			
TEL	03-3744-1030	FAX	03-3744-1031
申込区分	<input type="checkbox"/> 新規申込 <input type="checkbox"/> 入居中申込	入居予定日	20 . .
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			
物件名			
所在地 〒			
号室			
仲介店名 TEL			
礼金	円	月額賃料(税込)	円
敷金(一括納付)	円	管理費/共益費	円
保証金(一括納付)	円	駐車場	円
解約引/償却	円		円
	円		円
	円		円
初回保証料	円		円
更新保証料	円		円
原状回復保証料	円	合計(税込)	円
	円	月額保証対象額	円
原状回復保証プラン	<input type="checkbox"/> 1ヶ月 <input type="checkbox"/> 2ヶ月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月	<input checked="" type="checkbox"/> してください。	
賃料支払日	毎月 日	支払方法	<input type="checkbox"/> 振込 <input type="checkbox"/> 口座振替 <input type="checkbox"/> 持参

**通信欄** ※入居者様をすべてご記入できないときなど、必要に応じてご利用ください。

**記入漏れはございませんか？**  
 商業登記簿謄本(発行後3ヶ月以内)を添付してFAXください  
**FAX 03-5446-5701**  
 いつもスムーズな審査にご協力ありがとうございます

00001