

保証委託申込書（法人用）

申込日(西暦) 年 月 日

FAX番号:050-3786-5067 E-mail:sinsa@snsn.co.jp

賃貸借 申込 内容	居住用 : <input type="checkbox"/> 居住 <input type="checkbox"/> 宿泊事業(民泊) <input type="checkbox"/> 駐車場				契約種別	<input type="checkbox"/> 普通借家 <input type="checkbox"/> 定期借家	
	事業用 : <input type="checkbox"/> 事務所 <input type="checkbox"/> 店舗 <input type="checkbox"/> 倉庫 <input type="checkbox"/> その他()					①	
物件所在地	フリガナ				管理費 共益費	②	
	〒 - 都・道 府・県					円	
物件名	フリガナ				駐車場 料金	③	
	号室		号室			円	
					その他費用 ()	④	
敷金 (保険金)	円	敷引 (償却)	円	礼金		円	貰料等 合計額 ①+②+③+④

オーナー情報

氏名/法人名	所在地	電話番号	-
--------	-----	------	---

別紙【個人情報の取扱い】に関する重要事項及び保証委託概要説明をお読みいただき、下記の同意チェックボックスにチェックを付けてください。
私は「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【個人情報の取扱い】に関する重要事項及び保証委託概要説明に同意の上、
保証委託の申込をいたします。

申込確認は、【0570-04-8864】の番号でご連絡いたします。

申込署名欄 (部署名、または会社との関係 :)

申込者 ・ 賃借人	現住所									
	フリガナ 〒 - 都・道 府・県									
会社名	フリガナ					申込お受付後、ご本人様確認のSMS(ショートメール)を お送りする場合がございます。 受信いたしましたら、生年月日で認証の上、必ずご確認 ください。				
代表者 氏名	フリガナ					担当者名				
						営業時間	~	定休日	()	
携帯電話①	0	0	-			-			使用者	
携帯電話②	0	0	-			-			使用者	
固定電話			-			-			固定名義 (加入権)	
Eメール アドレス	@									
事業内容	<input type="checkbox"/> 金融機関 <input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> 建築/工事 <input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> IT関連 <input type="checkbox"/> 広告									
	<input type="checkbox"/> 小売/サービス <input type="checkbox"/> 陸運 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 医療関係 <input type="checkbox"/> その他()									
入居理由	<input type="checkbox"/> 社宅 <input type="checkbox"/> 転勤 <input type="checkbox"/> 事業拡大のため <input type="checkbox"/> 立地/環境 <input type="checkbox"/> 手狭 <input type="checkbox"/> 貸料 <input type="checkbox"/> その他()									
設立月	西暦	年	月	上場 / 非上場	資本金	万円	年商	万円	従業員	名

連帯保証人は原則不要ですが、連帯保証人条件にする場合は、連帯保証人欄にチェック☑してお勤め先の情報もご記入願います。

現住所	フリガナ 〒 - 都・道 府・県										
	フリガナ										
氏名						続柄(関係)	性別	生年月日(西暦)			
						男・女	年	月	日		
緊連 急帶 連保 絡証 先人	連絡先番号①					-			-	種別	携帯・固定
	連絡先番号②					-			-	種別	携帯・固定
連 帯 保 証 人 の み	勤 務 先	フリガナ					業種				
		派遣元【					勤続年数	年 ヶ月			
		電話	-					給与日	日	年収 (税込)	万円
			-					保険証	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 組保	<input type="checkbox"/> 健保

入居者 欄	ご入居される方 <input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> 代表者および家族 <input type="checkbox"/> 社員 <input type="checkbox"/> 社員および家族 <input type="checkbox"/> その他()						
	カナ氏名	性別	続柄	生年月日(西暦)	勤務先	税込年収	携帯電話番号
		男・女		年 月 日		万円	- - -
		男・女		年 月 日		万円	- - -
		男・女		年 月 日		万円	- - -

備考

※設立が6ヶ月未満の法人の場合は、代表者様の前職(社名・所在地・勤続年数等)をご記入ください。

商品プランにチェックをお願いいたします。		仲介業者	
商品プラン		メガサポートプラン	
<input type="checkbox"/> スタンダードプラン <input type="checkbox"/> 既存入居者プラン <input type="checkbox"/> シニアサポートプラン <input type="checkbox"/> ビジネスサポートプラン <input type="checkbox"/> ビジサポナイト <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 品目 ※ 事業用は選択不可	
協定会社情報入力			
社名			
電話番号	-	-	担当
所在地			
電話番号			
FAX番号			
担当者			
Mail	@		