

保証委託申込書（個人用）

申込日(西暦) 年 月 日

賃貸借申込内容	物件用途	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()		家賃	① 円	
	物件所在地	フリガナ 都・道 府・県		管理費 共益費	② 円	
	物件名	フリガナ	号室	駐車場 料金	③ 円	
	敷金 (保険金)	円	敷引 (償却)	円	礼金	円
				その他費用 ()	円	
				実料等 合計額	①+②+③+④ (税込/非課税) 円	

オーナー情報

フリガナ

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。

申込者・賃借人	現住所	フリガナ 都・道 府・県	
	申込者氏名 署名欄	フリガナ	性別 男・女
	生年月日	西暦 年 月 日	国籍
	配偶者	有・無	
	携帯電話①	0 0 - -	携帯種別 私用・社用
	携帯電話②	0 0 - -	携帯種別 私用・社用
	固定電話	- -	固定名義 (加入権)
	Eメール アドレス	@	
	転居理由	<input type="checkbox"/> 転勤 <input type="checkbox"/> 入学・独立 <input type="checkbox"/> 転職・就職 <input type="checkbox"/> 環境 <input type="checkbox"/> 通勤(通学)短縮 <input type="checkbox"/> セカンドハウス <input type="checkbox"/> 現物件更新のため <input type="checkbox"/> その他()	
	保証証種別	<input type="checkbox"/> 国保(例:国民健康保険) <input type="checkbox"/> 組保(例:〇〇健康組合保険) <input type="checkbox"/> 健保(例:全国保険協会〇〇支部) <input type="checkbox"/> 共保(例:〇〇共済保険) <input type="checkbox"/> 未加入	
雇用形態	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 契約社員/派遣社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> パート/アルバイト <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()		
勤務先(学校の場合は学校名)	フリガナ	業種	
名称	フリガナ	勤続年数 年 ヶ月	
派遣元【	フリガナ	給与日 日	
派遣元【	フリガナ	年収 万円	
勤務先 電話番号	- -	現貯金 (収入の無い方) 万円	
部署名	内線番号()	借入 (住宅ローンを除く) 有・無	
学校種別	<input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> 短期大学 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院	【毎月返済額】 円	
		学生プランの場合 <input type="checkbox"/> 契約者が学生 <input type="checkbox"/> 契約者が親権者	

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

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

緊急連絡先	現住所	フリガナ 都・道 府・県	
	氏名	フリガナ	続柄(関係) 性別 生年月日(西暦)
	連絡先番号①	- -	種別 携帯・固定
	連絡先番号②	- -	種別 携帯・固定
	勤務先 名称	フリガナ	業種
勤務先 電話	派遣元【	勤続年数 年 ヶ月	
		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 <input type="checkbox"/> 共保 <input type="checkbox"/> 未加入	

緊急連絡先の方がご実家の方ではない場合は下記の情報をご記入ください。

実家情報	現住所	フリガナ 都・道 府・県	
	氏名	フリガナ	続柄(関係) 性別 生年月日(西暦)
	固定電話	- -	固定名義 (加入権)
	携帯電話	0 0 - -	携帯種別 私用・社用

入居者欄	ご入居される方 <input type="checkbox"/> 申込者のみ <input type="checkbox"/> 申込者および家族 <input type="checkbox"/> 家族(申込者以外) <input type="checkbox"/> その他()					
	カナ氏名	性別	続柄	生年月日(西暦)	勤務先	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

※ 勤続年数が1年未満の方は前勤務先(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。	
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"/> 学生プラン	<input type="checkbox"/> 品目 ※ 事業用は選択不可

仲介業者	
社名	
電話番号	- - 担当
協定会社情報入力	
社名	
所在地	
電話番号	
FAX番号	
担当者	
Mail	@