

駐車場・TRC 申込書兼保証委託申込書

*記載漏れは、受付できない場合がございますので、全項目をご記入、選択してお申込ください。

申込日	20	年	月	日
契約予定日	20	年	月	日

物件	名称	NO.			
	住所	〒	市区町村		
プラン	物件	<input type="checkbox"/> 駐車場	<input type="checkbox"/> TRC	お申込数	台/戸
	利用用途 申込理由	<input type="checkbox"/> ご自宅用	TRCはトランクルームやレンタルボックス等が対象です。その他に理由をご記入ください。		
		<input type="checkbox"/> 通勤用			
		<input type="checkbox"/> その他(駐車場：利用用途その他/TRC：申込理由)			
				月額賃料合計	円
				敷金	円

駐車場	①車種	メーカー	色	排気量	登録番号
	②車種	メーカー	色	排気量	登録番号

申込者	氏名	(フリガナ)	生年月日	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	配偶者	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
	現住所	〒	都道府県	市区町村	自宅TEL	市外局番 ()	携帯TEL						
	名称	転勤・転職の場合は転勤先・転職先を、派遣社員の場合は派遣元をご記入下さい。											
	勤務先住所	〒	都道府県	市区町村	業種	業	勤務先TEL	市外局番 ()	職業区分				
勤続	年	ヶ月	年収	万円	収入日	毎月	日	<input type="checkbox"/> 公務員	<input type="checkbox"/> 派遣社員	<input type="checkbox"/> 個人事業主	<input type="checkbox"/> 正社員	<input type="checkbox"/> 年金	<input type="checkbox"/> 個人事業勤務
								<input type="checkbox"/> 契約社員	<input type="checkbox"/> 無職	<input type="checkbox"/> 生活保護受給	<input type="checkbox"/> アルバイトパート	<input type="checkbox"/> 専業主婦	<input type="checkbox"/> その他 ()
								<input type="checkbox"/> 学生					

連帯保証人(保証人有)	氏名	(フリガナ)	生年月日	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	配偶者	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	続柄
	現住所	〒	都道府県	市区町村	自宅TEL	市外局番 ()	携帯TEL						
	名称	転勤・転職の場合は転勤先・転職先を、派遣社員の場合は派遣元をご記入下さい。											
	勤務先住所	〒	都道府県	市区町村	業種	業	勤務先TEL	市外局番 ()	職業区分				
勤続	年	ヶ月	年収	万円	収入日	毎月	日	<input type="checkbox"/> 公務員	<input type="checkbox"/> 派遣社員	<input type="checkbox"/> 個人事業主	<input type="checkbox"/> 正社員	<input type="checkbox"/> 年金	<input type="checkbox"/> 個人事業勤務
								<input type="checkbox"/> 契約社員	<input type="checkbox"/> 無職	<input type="checkbox"/> 生活保護受給	<input type="checkbox"/> アルバイトパート	<input type="checkbox"/> 専業主婦	<input type="checkbox"/> その他 ()
								<input type="checkbox"/> 学生					

ご実家 (保証人無)	氏名	(フリガナ)	生年月日	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	続柄	自宅TEL	市外局番 ()
	現住所	〒	携帯TEL									

★ ご実家のご記入をお願いします。ご実家を緊急連絡先に出来ない場合はご親族の住所・連絡先をご記入ください。

協不会社 定産様報	会社名				TEL	
	店名	担当者			FAX	

電話受付 平日10:00~18:00/土日祝10:00~17:00

FAX 送信 0570-006-660

