

保証委託申込書（法人用）

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

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 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()			契約種別	<input type="checkbox"/> 普通借家 <input type="checkbox"/> 定期借家	
	物件所在地	フリガナ 〒 - 都・道 府・県			家賃	①	円
物件名	フリガナ	号室	号室	管理費 共益費	②	円	
敷金 (保険金)	敷引 (償却)	礼金	礼金	駐車場 料金	③	円	
				その他費用 ()	④	円	
				賃料等 合計額	①+②+③+④		円 (税込/非課税)

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・借借人	現住所	フリガナ 〒 - 都・道 府・県			
	会社名	フリガナ	申込受付後、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		
	携帯電話①	0	0	-	携帯種別 私有・社用
	携帯電話②	0	0	-	携帯種別 私有・社用
	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"/> 賃料 <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 男・女 生年月日(西暦) 年 月 日
	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 ご記入ください	フリガナ	業種		
	勤務先 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 <input type="checkbox"/> 共保 <input type="checkbox"/> 未加入	

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ヵ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。

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"/> 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 @