

申込日 20 年 月 日

物件図面・身分証明書を添付してお申込をお願いいたします。

代理店名		他介入業者名	
<input type="checkbox"/> 管理会社(家賃管理 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 仲介会社		<input type="checkbox"/> 管理会社 <input type="checkbox"/> 仲介会社 <input type="checkbox"/> 貸主管理 <input type="checkbox"/> 無し	
TEL:	FAX:	TEL:	担当者名:
担当者名:	携帯:	担当者名:	

物件内容		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 入居中※1 <input type="checkbox"/> 更新時		※1支払確認報告書が必要となります。※連名契約の際は、別の本申込書をご利用いただき、各情報をご記載ください。	
物件名	部屋番号・階数	a. 賃料		円	敷金/保証金
所在地		b. 管理費・共益費		円	敷引/償却
用途	<input type="checkbox"/> 住居 <input type="checkbox"/> 社宅 <input type="checkbox"/> 事務所 <input type="checkbox"/> 店舗 <input type="checkbox"/> SOHO <input type="checkbox"/> 倉庫 <input type="checkbox"/> 駐車場 <input type="checkbox"/> 貸地 <input type="checkbox"/> その他()	c. 駐車場		円	契約予定日
契約形態	<input type="checkbox"/> 普通賃貸借契約 年 <input type="checkbox"/> 定期借家契約 年	d. その他固定費 ()		円	20 年 月 日
収納代行サービス利用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	e. その他固定費 ()		円	入居予定日
スムーピングサービス利用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	f. その他固定費 ()		円	20 年 月 日
		a.~f.の合計(税込)		円	解約予告期限
					ヶ月前

申込者		確認TELご希望時間 <input type="checkbox"/> 10時~13時 <input type="checkbox"/> 13時~16時 <input type="checkbox"/> 16時~18時		※ご希望時間以外にお電話を差し上げる場合もございます。	
フリガナ		勤務先	学校名	勤続年数	
氏名	※自署	性別	男女	年	
生年月日	年 月 日 歳	配偶者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	勤務先	TEL
現住所	〒	所在地	〒		
居住年数	年	転居理由		所属部署	
携帯TEL		健康保険	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民保険 <input type="checkbox"/> その他()	月収(手取)	万 年収 万
自宅TEL		雇用形態	<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"/> 自営 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 生活保護受給		

申込者(賃借人)メールアドレス ※必須
PC・スマートフォン利用のメールアドレスのみ @

入居者	氏名	続柄	生年月日	携帯TEL	勤務先/学校名

連帯保証人		確認TELご希望時間 <input type="checkbox"/> 10時~13時 <input type="checkbox"/> 13時~16時 <input type="checkbox"/> 16時~18時		※ご希望時間以外にお電話を差し上げる場合もございます。	
フリガナ		勤務先	学校名	勤続年数	
氏名	※自署	性別	男女	年	
生年月日	年 月 日 歳	配偶者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	勤務先	TEL
現住所	〒	所在地	〒		
携帯TEL		健康保険	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民保険 <input type="checkbox"/> その他()	月収(手取)	万 年収 万
自宅TEL		雇用形態	<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"/> 自営 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 年金受給		

※どちらかを必ずご記入下さい

緊急連絡先		←連帯保証人無の場合、必須となります。	
フリガナ		勤務先	学校名
氏名	※自署	性別	男女
生年月日	年 月 日 歳	配偶者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
現住所	〒	所在地	〒
携帯TEL		健康保険	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民保険 <input type="checkbox"/> その他()
自宅TEL		雇用形態	<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"/> 自営 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 年金受給

家賃債務保証業者登録番号: 国土交通大臣(2)第49号

REST・SOLUTION 株式会社
17093737

【お問合せ先】
TEL: 03-3262-5522 mail: info@rest-sol.co.jp
本書は弊社HPからもダウンロードできます
https://rest-sol.co.jp
※審査の内容・結果等のお問合せについてはお答えできかねますのでご了承ください。

本紙内容に虚偽の申告があった場合には、保証委託契約解約・全保証債務が免責となります。