

入居申込書（法人用）記入例

申込日 ○○年 ○○月 ○○日
 入居予定日 ○○年 ○○月 ○○日

申込者確認日時 ○日 ○○:○○
 保証人確認日時 ○日 ○○:○○

取扱業者名	オフィス森川 大阪府知事(8) 33906		TEL:072-859-7320	担当者:
仲介業者名	オフィス森川 大阪府知事(8) 33906		FAX:072-859-5169	<input checked="" type="checkbox"/> 新規申込 <input type="checkbox"/> 既存申込
保証プラン	スタンダード (住居用物件)	ビジネス (事業用物件)	駐車場保証	レンタルBOX保証
	<input checked="" type="checkbox"/> 保証人あり	<input type="checkbox"/> 保証人あり	<input type="checkbox"/> 保証人あり	<input type="checkbox"/> 保証人あり
	<input type="checkbox"/> 保証人なし	<input type="checkbox"/> 保証人なし	<input type="checkbox"/> 保証人なし	<input type="checkbox"/> 保証人なし
家賃保証 保険料	<input type="checkbox"/> 一括 <input type="checkbox"/> 年払い			
物件	物件名	グリーンハイツ尊延寺		号室
	所在地	大阪府枚方市大字尊延寺932-3番地		
賃貸条件	家賃	55,000円	敷金	円
	駐車場	込み	礼金	円
	共益費	3,000円	敷引・償却	円
	自治会費	円	月額保証対象額(賃料等合計額)	円
			58,000円	賃貸借委託保証料
				更新保証料(1年毎)

※更新期間は1年毎、更新保証料は住居専用物件一律8,000円、事業用物件一律10,000円です。

※駐車場保証及びレンタルBOX保証は更新はございません。

申込者	フリガナ	カブシキカイシャ○○○○○○		設立(西暦)	○○年 ○○月 ○○日	
	法人名	株式会社○○○○				
	所在地	〒670-0012 大阪府○○市○○町○○番地				
	TEL	(079) 123 -4567	代表者名	○○ ○○○		
	FAX	(079) 123 -4568	代表者携帯電話	(090) 1234 - 5678		
	代表者住所	大阪府○○市○○町○○番地		代表者生年月日	○○年 ○○月 ○○日	
	資本金	500万円	年商又は所得	800万円	契約理由	<input checked="" type="checkbox"/> 新規事業 <input type="checkbox"/> 支店開設 <input type="checkbox"/> 移転 <input type="checkbox"/> ()
	業種	建築業	従業員数	4人	契約担当者:	○○ ○○ 連絡先: 090 - 1234 - 5678

※審査基準によって代表者様以外の連帯保証人様をお願いする場合がございます。

連帯保証人	フリガナ	○○○ ○○○○	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日(西暦)	○○年 ○○月 ○○日	年齢	○○才	
	氏名	○○ ○○○○							
	現住所	〒670-0012 大阪府○○市○○町○○番地							
	自宅電話	(079) 123 -4567	続柄	代表者の父	居住年数	30年			
	携帯電話	(090) 1234-4568	<input type="checkbox"/> 自己所有 <input type="checkbox"/> 家族所有(名義人:)		<input checked="" type="checkbox"/> 賃貸				
	フリガナ	○○ケンセツカブシキカイシャ	職種	建築業		勤続年数	20年	手取り月収	50万円
	勤務先名	○○建設株式会社							
	所在地	〒670-0012	大阪府○○市○○町○○番地			雇用形態	<input checked="" type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> ()		
勤務先電話	(079) 123 -4567	保険種類	<input checked="" type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> ()						

入居者	フリガナ	○○○ ○○○○	続柄	携帯番号			
	氏名	○○ ○○○○	従業員	(090) 4321 - 8765	生年月日		
	フリガナ		続柄	携帯番号			
	氏名			()	生年月日		
	フリガナ		続柄	携帯番号			
	氏名			()	生年月日		
	フリガナ		続柄	携帯番号			
	氏名			()	生年月日		

※入居者様が代表者様及び連帯保証人様以外の方の場合、入居者様の別世帯の緊急連絡先を記載して下さい。

緊急 連絡先	フリガナ	○○○ ○○○○	続柄	住所		
	氏名	○○ ○○○○	母	大阪府○○市○○町○○番地		
	自宅電話	(079) 234 - 5678	携帯電話	(090) 2345 - 6789		