

※事業の為に申し込みの場合、連帯保証人予定者様に対し、 財産及び収支・担保の有無債務の有無に掲げる情報を提供する事を同意する。 ※別紙「個人情報の取扱いに関する条項」又は 右記載の HP から条項を確認・同意し申し込みをいたします。			審査 FAX 番号 審査受付メールアドレス 0120-267-145 shinsa@kowa-assist.com 審査受付時間： 9:00 ~ 18:00
申込日 西暦 年 月 日 入居予定日 西暦 年 月 日	申込区分 <input type="checkbox"/> 新規申込 <input type="checkbox"/> 既存入居者		
プラン <input type="checkbox"/> 住居用更新有 <input type="checkbox"/> 住居用更新無 <input type="checkbox"/> 事務所・店舗更新有 <input type="checkbox"/> 事務所・店舗更新無 <input type="checkbox"/> 駐車場 <input type="checkbox"/> ワイド保証			
物件名 号室	①家賃 円		
物件住所 〒 - 都道府県 市区町村	②共益費・管理費 円		
備考欄	③駐車場 円		
敷金・保証金 円	④その他() 円		
礼金 円	⑤その他() 円		
敷引・償却 円	①+②+③+④+⑤ 合計賃料 円		

申込理由	事務所・店舗の場合の利用目的	
法人名 フリガナ	設立日 西暦 年 月 日	担当部署
現住所 〒 - 都道府県 市区町村	代表番号	担当者名
代表者名 フリガナ	生年月日 西暦 年 月 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
事業内容	入居理由	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 増店 <input type="checkbox"/> 移転
資本金 万円	年商 万円	従業員数 人

<input type="checkbox"/> 同居人 <input type="checkbox"/> 実入居者	氏名	生年月日 西暦 年 月 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄	携帯電話
--	----	---------------	--	----	------

氏名 フリガナ	生年月日 西暦 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	現住居	<input type="checkbox"/> 自己所有 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 家族所有 <input type="checkbox"/> 社宅 <input type="checkbox"/> その他()
現住所 〒 - 都道府県 市区町村	自宅電話		携帯電話			
勤務先 名称	〒 - 都道府県 市区町村		勤務先 TEL			
住所 〒 - 都道府県 市区町村	職業区分		<input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 個人事業主 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 会社経営者 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 正社員・役員 <input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> アルバイト ()			
業種	勤続 年 ヶ月	年収 万円				

氏名	生年月日 西暦 年 月 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄
現住所 〒 - 都道府県 市区町村	自宅電話		携帯電話

協定業者様	会社名	担当者	TEL
	店名		FAX