



FAX:03-6902-1681

## 写光ハイム東十条 入居申込書(シングル用)

※欄は必須です。※欄を埋まった時点で申込確定(一番手)となります。

入居条件等	申込日	西暦 年 月 日	転居理由 ※				
	入居希望日	西暦 年 月 日	希望部屋番号 ※	号室			
	入居条件	家賃 ※	円	共益費 ※	円	敷金 ヶ月 礼金 ヶ月	
	自転車利用予定	有・無					
契約者(賃借人)	(フリガナ)				喫煙の有無 ※	未婚 ※	性別 ※
	名前 ※				有・無	既婚	男・女
	生年月日 ※	(西暦) 年 月 日生( 歳)	メールアドレス ※	@			
	固定電話 ※	— —	携帯電話 ※	— —			
	FAX	— —	連絡の取りやすい時間帯				
	(フリガナ)				現住居形態		
	現住所 ※				□持家□賃貸□社宅 (賃料 円) (居住年数 年)		
	職業	会社員・役員・派遣・アルバイト・学生・自営・無職・年金・その他( )			税込年収 ※	万円	
	(フリガナ)				(フリガナ)		
	名前 ※				所在地 ※		
電話番号	— —	部署	業種				
職種	設立年数	年	社員数	人	役職		
転勤の可能性	有・無	勤続年数	年	通学・通勤時間	約 分	社会保険 有・無	
連帯保証人	本人との関係 ※						性別 ※
	(フリガナ)						未婚 ※
	名前 ※						既婚
	生年月日	(西暦) 年 月 日生( 歳)	メールアドレス	@			
	固定電話	— —	携帯電話 ※	— —			
	FAX	— —	連絡の取りやすい時間帯				
	(フリガナ)				現住居形態		
	現住所 ※				□持家□賃貸□社宅 (賃料 円) (居住年数 年)		
	職業	会社員・役員・派遣・アルバイト・学生・自営・無職・年金・その他( )			税込年収 ※	万円	
	(フリガナ)				(フリガナ)		
名前				所在地			
電話番号	— —	部署	業種				
職種	設立年数	年	社員数	人	役職		
転勤の可能性	有・無	勤続年数	年	通学・通勤時間	約 分	社会保険 有・無	
緊急連絡先	名前 ※		契約者との関係 ※		携帯電話 ※		
	固定電話		FAX				
	E-mail		連絡の取りやすい時間帯				
	現住所 ※		生年月日 ※	暦) 年 月 日生(			
入居者(契約者と入居者が違う場合)	契約者との関係		費用負担	契約者・入居者			
	(フリガナ)				未婚	性別	
	名前				既婚	男・女	
	生年月日	(西暦) 年 月 日生( 歳)	メールアドレス	@			
	自宅電話	— —	携帯電話	— —			
	(フリガナ)				現住居形態		
	現住所				□持家□賃貸□社宅 (賃料 円) (居住年数 年)		
	職業	会社員・役員・派遣・アルバイト・学生・自営・無職・年金・その他( )			税込年収	万円	
	(フリガナ)				(フリガナ)		
	名前				所在地		
電話番号	— —	部署	業種				
職種	設立年数	年	社員数	人	役職		
転勤の可能性	有・無	勤続年数	年	通学・通勤時間	約 分	社会保険 有・無	
必要書類	申込時:本人確認書類(健康保険証・運転免許証・学生証等のコピー) 契約時:①住民票②印鑑証明(連帯保証人)				株式会社ファティライズ 豊島区巢鴨1-21-9 2F TEL 03-6902-1681 FAX 03-6902-1681 info@fertilize.jp		
注意事項	※契約時に保障会社加入及び連帯保証人を1名付けて頂きます。 ※連帯保証人及び緊急連絡先が同じ場合、審査によっては通らない可能性があります。 ※火災保険の加入が必須です。 ※契約時に保証会社の加入が必須です。 ※駐車場は、防犯登録が必要です。 ※部屋で喫煙される場合は、敷金2か月となります。 ※申込審査後のキャンセルについては、履歴が残ります。極力キャンセルが無い様お願い致します。						
客付業者名	担当者	TEL	— —	FAX	— —		