

専用FAX：0570-07-8050

プレミアライフ 保証申込書
『ロングラン』

申込日

年

月

日

株式会社プレミアライフ 〒102-0083 東京都千代田区麹町2-4-1

●内容を確認させていただくため、申込センター：0120-05-8899(03-5213-0362)からお電話を差し上げる場合がございます。

※個人情報保護法に伴う利用目的：本人確認法に基づく申込書記載者の確認と保証サービスをご利用いただく上での資格確認を前提とし、又継続的なご利用等に際しての保証サービスの判断基準、及び再申込時や、お取引解除後の事後管理の為だけの利用目的である事を承認し申込みます。

※申込人は、別紙「個人情報の収集・利用・提供等に関する条項」に同意の上、本契約を申し込みます。

■入居者様 ※【】内は法人申込時の項目となります。

区分 (該当にチェック)		<input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 法人	ご本人確認希望日時 ※弊社よりご本人確認致します		月	日	時～	時の間
氏名 【商号】		フリガナ						
現住所 【会社住所】								
生年月日(西暦) 【設立年月日】								
連絡先		固定電話	携帯電話					
転居理由		転勤 ・ 契約更新 ・ その他 ()			居住年数	年		
					(前居住先)			
お勤め先 (代表者)	名称 【氏名】	フリガナ						
	住所 【現住所】							
	電話 (直通・内線)	生年月日		年 月 日(歳)				
	職業	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 派遣社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 年金受給者 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	役職 ※法人は不要	勤続年数 ※法人は不要	年	ヶ月	月収 ※法人は不要	万円		
入居予定者 (該当はチェック)	<input type="checkbox"/> 申込人本人のみ <input type="checkbox"/> 申込人および家族 <input type="checkbox"/> 申込人以外							

※申込者ご本人様以外の入居者を記入してください。3名以上の入居者がいる場合は、右記にご記入ください。 他 名

氏名	フリガナ	性別	続柄	生年月日(西暦)
		男 女		年 月 日
		男 女		年 月 日

※緊急連絡先、連帯保証人予定者のどちらかをチェックし、ご本人様の同意を得た上でご記入下さい。(外国籍を除き、原則 法人不可。)

(該当にチェック) <input type="checkbox"/> 緊急連絡先 <input type="checkbox"/> 連帯保証人		確認希望日時	月	日	時～	時の間
氏名	フリガナ					
住所	固定電話					
続柄	生年月日	年 月 日(歳)		携帯電話		
勤務先名	勤務先 電話番号					

■申込物件内容		加盟店記入欄			
物件用途	<input type="checkbox"/> 居住用(SOHO) <input type="checkbox"/> 事業用	種別	<input type="checkbox"/> 普通賃貸 <input type="checkbox"/> 定期借家		
所在地					
物件名			部屋番号	号室	
敷金(保証金)	円		敷引き償却	円	
月額賃料等 (消費税含む)	①家賃	円	③駐車場	円	
	②管理費	円	④その他	円	
	賃料等の合計		円 (税込)		
変動費保証	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		入居予定日	年 月 日	
初回保証料	連帯保証人あり	賃貸総額の50% 最低保証委託料：20,000円		円	
	連帯保証人なし	賃貸総額の50% 最低保証委託料：20,000円		円	
物件管理	<input type="checkbox"/> 自社管理物件 <input type="checkbox"/> 一般物件				
■管理会社(元付) ※支店名もご記入ください。		担当者名 TEL.			
社名					
住所		FAX.			
■仲介会社(客付) ※支店名もご記入ください。		担当者名 TEL.			
社名					
住所		FAX.			
審査結果送付先 <input type="checkbox"/> 管理会社 <input type="checkbox"/> 仲介会社 <input type="checkbox"/> その他		初回保証委託料請求先 (該当にチェック)			
社名		加盟店J-ド		<input type="checkbox"/> 管理会社 <input type="checkbox"/> 仲介会社	
(株)アズ・スタット		27F0001			
TEL. 06-6150-4148					
FAX. 06-6150-0070					
勤続年数	年	ヶ月	年収	万円	