



# 駐車場賃貸申込書

FAX:045-944-0112

TEL 045-949-3199

MAIL:contact@sky-tm.com

申込内容	駐車場名	新羽町SKY駐車場			No	P
	期間	～			2年契約	
	内容	賃料	敷金			
保管場所使用承諾書		仲介手数料				

申込者	フリガナ					
	氏名					
	住所	〒 -				
	TEL		携帯		FAX	
	Mail					
	勤務先				所属 役職	
	勤務先住所					
TEL		勤続年数	年	年収	円	

緊急連絡先	連帯保証人	<input type="checkbox"/>	フリガナ			生年月日	西暦 年 月 日				
		<input type="checkbox"/>	氏名			続柄		年齢	歳		
			現住所			TEL		携帯		お住まい	持家・賃貸
			勤務先				業種				
			勤務先住所				TEL				
			所属・役職			勤続年数	年	年収	万円		
			職種	会社員・会社役員・公務員・自営・学生・年金受給・その他( )							

申込時注意事項

- 1 申込書は空欄のないようご記入ください
- 後日ご用意いただく書類
- 1 駐車場は車検証のコピー、申込者様免許証コピーの提出をお願いします
- \* 状況によって、追加書類をお願いする場合がございます

上記内容に相違なく注意事項を承諾の上、申込を致します。

年 月 日

印

---