

スーパーランク予約申込書（個人用）



該当する□内に☑を入れて下さい

ご希望の広さタイプをお書き入れください



物 件 名	スーパーランク _____	希望タイプ	_____タイプ
利用開始希望日	月 日から □1年以上 □半年～1年 □3ヶ月～半年 □2ヶ月～3ヶ月		
収 納 物 (具 体 的 に)	□家財道具 (_____)		
	□備品・他 (_____)		

申 込 者	フリガナ			生年月日	西暦 年 月 日 (才)		
	氏 名	男・女	現在の住まい	□自己所有 □家族所有 □賃貸住宅 (_____ 円)			
	現 住 所	〒 _____ (転居予定 有り・なし)					
	自 宅 Tel			携 帯 Tel			
	職 業	□給与／1. 正社員 2. 派遣社員 3. パート・アルバイト □自営業 □無職／1. 専業主婦(配偶者の勤務先名・住所・Telを記入・緊急連絡先は配偶者で記入下さい) 2. 学生(申込時に身分証明書の他、学生証が必要です) 3. 年金受給者(申込時に身分証明書の他、年金受給証明書 又は支払通知書が必要です)					
	勤 務 先 名 称			勤 務 先 Tel			
	勤 務 先 所 在 地	〒 _____					
	業 種	職 種	役 職				
	勤 続 年 数	月 収	約 _____ 万円				

成人しているお身内の方でどなたか一名ご記入下さい（同居人の場合は、携帯Telが必要です）

緊 急 連 絡 先	フリガナ			続 柄			
	氏 名	男・女	生 年 月 日	西暦 年 月 日 (才)			
	現 住 所	〒 _____		自 宅 Tel			
				携 帯 Tel			

お申込みありがとうございます。よろしければ下記アンケートにご協力下さい。

スーパーランクを何で知りましたか？（複数回答可）	
□現地を見て □ポスティングチラシ □知人の紹介	
□インターネット □当社HP □グッドトランク □eトランク □収納レシピ □DB □その他サイトから	
□その他 (_____)	

*** 申込書と一緒に下記必要書類を添えてFAX下さい ***

☑身分証明書（現住所記載の運転免許証または健康保険証または住基カードのコピー 1通）

CENTURY 21

センチュリー 21 インフィニット

FAX 042-472-1500

MAIL info@inf-h.jp