

笑楽園健康ハウス申込書

※入居希望者様

入居者氏名	
生年月日	西暦 年 月 日（満 歳）
現住所	県
連絡先	（ ） - -
申込者氏名	※入居者氏名と異なる場合のみ記載
緊急連絡先	（ ） - - 続柄（ ）
希望エリア	市 区・町

※土地・建物所有者様用

氏名	
生年月日	西暦 年 月 日（満 歳）
現住所	県
連絡先	（ ） - -
対象地	県
現況	自宅・アパート・マンション・田・畑・駐車場・その他（ ）

※本書にて取得する個人情報は、利用目的の達成に必要な範囲において適切に取り扱います。
個人情報は厳重に管理し、ご本人の同意がある場合または法令に基づく場合を除き、
第三者に提供することはありません。

FAX 092-714-1880

