

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・畠・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 ↑