

No. _____

新冠町 お試し生活体験事業 申込用紙

平成 年 月 日

新冠町長 様

新冠町お試し生活体験住宅を利用したいので、次のとおり申請いたします。
 なお、利用希望者が重複した場合における抽選については、事務局へ一任いたします。

申請者氏名 _____ (印)

希望施設 ※ ご希望の番号を1つ ○で囲みください	1. 朝日のみ (3LDK/月額 34,000 円) 2. 太陽のみ (1DK/15,000 円) 3. 朝日・太陽どちらでも可能 (朝日優先) 4. 朝日・太陽どちらでも可能 (太陽優先)				
施設利用者	住 所	〒 _____ 都 道 府 県			
	ふりがな		性別	生年月日	職 業
	氏 名		男・女	年 月 日 (歳)	
電話番号 (FAX番号)	(_____)	携帯電話番号			
メールアドレス					
連絡方法の優先順位	<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> 携帯電話	<input type="checkbox"/> メール	<input type="checkbox"/> その他 (_____)	

※ご連絡する場合は平日の日中にしますので、優先順位をご記入ください。

町内での移動手段	<input type="checkbox"/> 自家用車	<input type="checkbox"/> レンタカー	<input type="checkbox"/> 公共交通 (バス・タクシー)
-----------------	-------------------------------	--------------------------------	---

同伴者の情報

氏 名	性別	申請者との続柄	生年月日	年齢	備考
	男・女		年 月 日	歳	
	男・女		年 月 日	歳	
	男・女		年 月 日	歳	

体験希望期間	第1希望	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 までの	日間から	日間(日数)
		平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から			
	第2希望	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 までの	日間から	日間(日数)
		平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 までの	日間から	日間(日数)

※ 希望する日程と日数 (最短7日から最高90日) をご記入ください。

次ページへ続く

