

大町市お試し暮らし体験（短期型） 利用申込書

太枠内をすべて記入し、ご希望の利用開始日の10日前までにご提出ください。

申 込 日	平成 年 月 日		
利用予定日	月 日 ()	～	月 日 () 泊 日
利用人数	大人 名様 添い寝の就学前幼児 名様 ※ご利用は4名様までです。 但し、寝具を利用しない添い寝の就学前幼児の方は、人数に含めません。		
ふ り が な			生年月日
代表者氏名			年 月 日
ふ り が な			
住 所	〒		
電話番号			
携帯番号	— —		
メールアドレス			
緊急時連絡先 (緊急時に連絡が 出来るご家族など の連絡先をお書き ください。)	氏名		続柄
	住所		
	電話番号		
<p>移住相談をご希望される方は、希望の相談日を記入してください。</p> <p style="text-align: center;">月 日 午前 / 午後</p> <p>※なるべくご希望の日で調整させていただきますが、都合によりご希望に添えない場合もございます。</p>			
処理欄			郵送
			FAX
			メール
			カレンダー