

大町市お試し暮らし体験（中期型） 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30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 ※ご利用は大人4名様までです。 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
利用者氏名				年	月	日
利用者氏名				年	月	日
利用者氏名				年	月	日
利用者氏名				年	月	日
ふ り が な						
住 所	〒					
電話番号						
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					
担当者との面談 希望日※	ご希望の面談日を記入してください。 月 日 午前 / 午後					
処理欄			郵送		メール	
			FAX		カレンダー	

※滞在期間中に市担当者との面談を行っています。移住に関する不安や心配事などございましたら、この機会にご相談いただければ幸いです。