

大町市お試し暮らし体験 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。

相談実績の有無 (セミナーやフェアへの参加、職員と対面相談等)	有り • 無し		
申込日	令和 年 月 日		
利用予定日	月 日 () ~ 月 日 () 泊 日		
利用人数	大人 名様 子ども(小学生以下) 名様(内添い寝の就学前幼児) 名様		
利用希望の施設名			
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		
滞在報告の希望日時を記入してください。(場所: 大町市役所2階まちづくり産業課窓口)			
月 日 午前 / 午後 時 ~			
※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。			
処理欄			郵送
			滞在施設
			カレンダー

