

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。

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) ※ご利用はお子様も含め4名様までです。 ただし、寝具を使用しない添い寝の就学前幼児の方は、人数に含めません。				
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。					
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	

