

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	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 名様 添い寝の就学前幼児 名様 ※ご利用はお子様を含め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	
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				
Wi-Fi 機器のレンタル希望（右記に○をしてください。） ※貸し出し状況により希望に添えない場合があります。			有 無	
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	美麻支所
			管理棟	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。