

大町市お試し暮らし体験（まちなか暮らし） 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。 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		
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