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。

※氏名、連絡先等を除いた概要情報を定住促進アドバイザーに共有させていただきます。

|  |  |
| --- | --- |
| 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（右記に〇をしてください。）※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。移住に関しての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。