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。