

# サービス付き高齢者向け住宅 入居申込書 (個人契約用)

株式会社 **シノケンウェルネス**

※左記注意点をご確認いただき、太枠内をお申込者様にて漏れなくご記入ください。

Tel 03-5777-0175 / Fax 03-5777-0128

申込日：平成 年 月 日		入居希望日		平成 年 月 日	
物件名称	寿らいふときわ台	部屋番号	号室		
所在地	東京都板橋区東新町				
賃貸条件	家賃	円/月	共益費	10,000 円/月	生活支援サービス費 39,960 円/月
	共用部分の水光熱費	8,000 円/月	敷金	家賃の1ヵ月分	町内会費 100 円/月

## 個人情報の収集・利用・提供に関する同意書 兼 居宅介護支援・居宅サービス利用の確認書

株式会社シノケンウェルネス(以下、「当社」という。)は、お客様の個人情報について以下のとおり取り扱いさせていただきます。

第1条(個人情報保護の方針)

当社は個人情報保護に関する法令と社会秩序を尊重・遵守し、個人情報の適正な取り扱いと保護に努めます。

第2条(個人情報の収集、保有、利用)

当社は、賃貸住宅の販売、仲介、賃貸、管理等の取引に関する契約の履行・情報・サービスの提供、情報・サービスの提供のための郵便物、電話、電子メール等による営業活動及びマーケティング(アンケートのお願い等)活動、顧客動向分析又は商品開発等の調査分析及び上記の目的の達成に必要な範囲での個人情報の第三者への提供のため、

以下の個人情報について保護措置を講じたうえで収集、保有、利用致します。

申込者、連帯保証人及び身元保証人(緊急連絡先)予定者の氏名、生年月日、住所、電話番号、家族構成、勤務先、勤務年数、メールアドレス、

申込日、契約日、資産、負債、収入、支出、また、ご提出していただいた免許証・保険証・所得証明書・会社概要の記載事項。

第3条(個人情報の提供)

当社は、保護措置を講じたうえで、シノケングループ各社並びに当社が業務委託契約又は情報提供契約を締結した第三者が、商品・役務等のマーケティング活動、サービス等の提供、開発を行うに必要な範囲で、第2条に定める個人情報を提供致します。

第4条(利用、提供中止の申出)

当社は、申込者又は連帯保証人から個人情報の利用、提供に関して中止の申し出があった場合は、それ以降当社での利用、他者への提供を中止する措置をとります。

第5条(個人情報の開示・訂正・削除)

(1)申込者及び連帯保証人は、当社に対して所定の手数料をお支払のうえ自己に関する個人情報を開示するよう請求することができます。

(2)万一登録内容が不正確又は誤りであることが判明した場合には、当社は速やかに訂正又は削除に応じます。

【シノケングループ紹介】

株式会社シノケングループ、株式会社シノケンプロデュース、株式会社シノケンハーモニー、株式会社シノケンファミリティーズ、株式会社シノケンアメニティ  
株式会社アメニティサービス、株式会社マンションライフ、株式会社シノケンコミュニケーションズ、株式会社エスケーエナジー、株式会社エスケーエナジー名古屋、株式会社エスケーエナジー東京  
株式会社シノケンウェルネス、株式会社フレンド、有限会社ベスト、株式会社シノケンオフィスサービス

SKG INVEST ASIA (HONG KONG) LIMITED、希諾建(上海)物業経営管理有限公司(シノケン不動産)、Shinoken & Hecks Pte Ltd(シノケン・ヘックス不動産)、

株式会社SKG NEXT、株式会社SKG INVEST、株式会社小川建設、株式会社小川建物、ジック少額短期保険株式会社(出資比率50.0%)

個人情報の開示、訂正、削除や利用の中止等については、以下の窓口にご連絡ください。

株式会社シノケンウェルネス

〒105-0012 東京都港区芝大門2丁目5番5号 TEL 03-5777-0175 以上

《入居申込に関する注意点》	
1)「個人情報の収集・利用・提供に関する同意書」の内容にご同意いただき、本入居申込書に身分証明書と保証委託申込書を添付してお申込ください。	
2)お申込者様および連帯保証人様のご承諾確認のため、ご自宅・お勤め先等へ電話による確認を行います。	
3)審査の結果によっては、入居をお断りする場合がございます。(審査内容等については一切お答えできません)	
4)ご入居後に賃料の支払遅延があった場合、当社または家賃保証会社が督促業務を行います。	

※株式会社シノケンウェルネスの委託により、家賃保証会社が入居審査を行います。

上記、個人情報の取り扱いについて同意しました。

居宅介護支援・居宅サービス利用の変更または、新規利用については、入居申込の条件ではなく、個人の意思が尊重され、自由にお申込者様自身で選択できます。

上記、居宅介護支援・居宅サービス利用の取り扱いについて確認しました。

年 月 日

氏名:

申 込 者 ( 借 主 )	フリガナ氏名		(男・女)	生年月日	西暦 年 月 日 ( )歳		
	フリガナ現住所	〒 -			自己所有 / 家族所有 / 賃貸 / 社宅		
	携帯電話	自宅電話			居住年数 年 ヶ月		
	メールアドレス						
	転居理由	通勤 / 通学 / 環境 / 転勤 / 転職 / 独立 / 退寮 / その他( ) ※必ずご記入ください。					
	勤 務 先	名 称				電話番号	
		フリガナ所在地	〒 -			業務内容	
		所属部署	役 職	入社年月	年 月入社		
		従業員数	人	給料日	日	税込月収 万円	
		雇用形態	正社員 / 契約・嘱託社員 / 派遣社員 / アルバイト / 会社経営・自営 / その他( )				
【派遣社員の方は派遣先、出向中の方は出向先、入社6ヶ月以下の方は前職の、会社名・部署名・会社住所・会社電話番号をお書き下さい】							
連絡のつきやすい時間帯		いつでも可 / 9~12時頃 / 12~13時頃 / 13~15時頃 / 15~18時頃 / その他( )					
入 居 者  ( 申 込 者 以 外 )	氏 名	申込者との続柄	生年月日	携帯電話	勤務先名・通学先名		
	男・女		( )歳				
	男・女		( )歳				
□ 保 証 人 有 リ プ ラ ン ↓ 連 帯 保 証 人	□ 保 証 人 な し プ ラ ン ↓ 緊 急 連 絡 先	フリガナ氏名	性別	男・女	生年月日	西暦 年 月 日 ( )歳	
		フリガナ現住所	〒 -			自己所有 / 家族所有 / 賃貸 / 社宅	
		携帯電話	自宅電話			居住年数 年 ヶ月	
		同居家族(緊急連絡先)	氏 名	申込者との続柄	年 齢	携帯電話	勤務先名・通学先名
			男・女		( )歳		
		勤 務 先	フリガナ名 称				電話番号
			フリガナ所在地	〒 -			業務内容
			所属部署	役 職	入社年月	年 月入社	
			従業員数	人	給料日	日	税込月収 万円
			雇用形態	正社員 / 契約・嘱託社員 / 派遣社員 / アルバイト / 会社経営・自営 / その他( )			
【派遣社員の方は派遣先、出向中の方は出向先、入社6ヶ月以下の方は前職の、会社名・部署名・会社住所・会社電話番号をお書き下さい】							
連絡のつきやすい時間帯		いつでも可 / 9~12時頃 / 12~13時頃 / 13~15時頃 / 15~18時頃 / その他( )					
介 護 状 況	介 護 度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( ) <input type="checkbox"/> その他 申請中・更新中 ( 月 日)					
	居宅介護支援・居宅サービスの利用等	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	事業所名			担当ケアマネジャー			
	介護保険サービス 利用状況	例：訪問介護 週2回、デイサービス 週3回					
アップルケアへの居宅介護支援・居宅サービス利用の変更希望 または、新規利用希望	<input type="checkbox"/> アップルケア 新規 希望します <input type="checkbox"/> アップルケア 変更 希望します <input type="checkbox"/> 申込まない						