


【重要】ご入居者各位 ※各種ライフラインの代行手続きについて

お名前(カナ)			
漢字			
※法人名義または屋号（商号）がある場合はコメント欄へ書いてください ※申込者が未成年の場合は保護者のお名前と連絡先も記入してください。			
連絡先			
入居日			
※入居日は契約日ではなく、お申込者様のご入居日、ライフライン開栓希望日を記入してください。			
郵便番号			
新住所			
建物名		部屋番号	
管理会社	ハウジングプラザ神戸		
TEL			
郵便番号			
現住所	こちらを記入して頂くと現在、お住まいの部屋のライフライン閉栓も同時にすることが出来ます。		
建物名		部屋番号	
<input type="checkbox"/> 水道手配不要 (家主検針、水道費固定などの場合)	<input type="checkbox"/> インターネット無料物件	電気ブレーカーを 上げたら電気が	<input type="checkbox"/> 点灯 する <input type="checkbox"/> 点灯 しない
<input type="checkbox"/> オール電化物件 (電気のみ、ガス手配不要などの場合)			
【ライフラインサポート】 連絡希望日時		※ご連絡のつきやすい時間帯	
平日は午前中不可		<input type="checkbox"/> 13~15	<input type="checkbox"/> 15~17
		<input type="checkbox"/> 17~21	【平日】
<input type="checkbox"/> 10~12	<input type="checkbox"/> 13~15	<input type="checkbox"/> 15~17	<input type="checkbox"/> 17~21
			【土日祝】
		その他時間（指定日があれば）	
		仲介店様コメント	
		()	
【プロパンガス連絡先】 ※プロパン案件は下記の記載をお願いします。			
<会社名>		<連絡先>	
《個人情報の利用について》			
本書にご記入頂いた個人情報は、当社、及び指定業者の定めるプライバシーポリシーに従い、適切に管理し、当該物件における通信回線のご説明などの目的で当社の指定業者「株式会社クラウドリンクス」よりご連絡させていただきます。それ以外の目的では利用いたしません。			
※上記 同意いたしました。			
			署名
【指定委託会社】 社名) 株式会社クラウドリンクス		TEL) 0120-540-987	
		 ← 登録用 QRコード	
取次企業	取次店	(有)ハウジングプラザ神戸	担当

【FAX番号】 社名) 株式会社クラウドリンクス FAX) **06-4256-4755**