Sr(a). Fecha de solicitud de de 20

**Solicitud de alquiler**

Nombre del solicitante

＊Rellene esta solicitud en japonés (kanji, hiragana, katakana) o en inglés (alfabeto)

# Datos del inmueble

Nombre del inmueble Número de puerta

Alquiler mensual yenes／mes Gastos de comunidad yenes

Depósito yenes Otros gastos yenes

Fecha de comienzo: Año Mes Día

# Información sobre el solicitante

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①Datos de contacto | Dirección（〒 - ） | |
|  | Tel(Domicilio): （ ） Tel(Celular): （ ） | |
| E-mail: ＠ Fax: （ ） | |
| ②Nombre | Alfabeto | |
| M・F | |
| ③Fecha de nacimiento | (En años occidentales) Año Mes Día ( años) | |
| ④ Idiomas que entiende | 1º 2º 3º | |
| ⑤ En caso de tener vivienda en alquiler | Tiempo de residencia en la actual vivienda año(s) | |
| Nombre del arrendador Tel （ ） | |
| Inmobiliaria encargada | Nombre Tel （ ） |
| Dirección |
| ⑥ Ingresos | Ingreso bruto | |
| Otras rentas percibidas  1. Becas 2. Asignaciones 3. Subsidios 4. Otros | |
| Total yenes／mes | |

1. **Información sobre el centro de Trabajo**・**Centro de estudios**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①Lugar de  trabajo | Nombre:　　　　　　　　Tel:　　　　（　　　） | |
| Dirección（〒　　　-　　　） | |
| Lugar de trabajo (En caso de que el lugar de trabajo sea distinto al descrito arriba)  Tel （ ） | |
| Departamento laboral o Facultad・Especialidad académica | |
| Año y mes de ingreso al trabajo（o al centro de estudios）Año　　　Mes | |
| ②Ocupación | 1. Empleado・Funcionario público 3.Trabajo por horas・temporal | 2. Trabajador por cuenta propia・Profesional liberal  4.Otros |
| ③ Centro de estudios | 1.Universidad 2.Escuela técnica (Carrera corta) 3.Escuela de posgrado  4.Formación profesional (Senshuugakkou / Senmongakkou) 5.Escuela de idioma japonés 6.Otros | |
| En caso de haber trabajado menos de un año, anote el trabajo anterior a éste, y el tiempo de servicio  Nombre Tiempo de servicio año(s) mes(es) | | |

1. **Cohabitantes previstos (Exceptuando al solicitante)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre Sexo Edad | Parentesco (Indique el código) | | | | Ingreso anual (yenes) | |
| M・F Años |  | | | | yenes/año | |
| M・F Años |  | | | | yenes/año | |
| M・F Años |  | | | | yenes/año | |
| M・F Años |  | | | | yenes/año | |
| Código de parentesco con el solicitante (1.Esposa. | | 2.familiar | 3.Pariente | 4.Amistad・Conocido | | 5.Otro) |

1. **Garante Solidario**（＊**Campos para ser rellenados solo por los extranjeros**）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①Datos de Contacto | Dirección（〒 -　　　） | | | | | |
| Tel(Domicilio): （ ）　　　Tel(Celular):　（　　） | | | | | |
| E-mail: ＠　　　　　　Fax: （　　） | | | | | |
| ②Nombre | Alfabeto | | | | | |
|  | | | | | |
| ③Fecha de Nacimiento | (En años occidentales) Año　　Mes 　　día　　　（　　　Años) | | | | | |
| ＊④ Idiomas que  Entiende | 1º 2º　　　　　　　　　3º | | | | | |
| ⑤Relación con el solicitante | 1. Familiar 2. Pariente 3. Conocido/Amistad  4. Por trabajo 5. Por estudios (excepto estudiantes) 6.Otros | | | | | |
| ⑥ Centro de trabajo | Nombre | | | Tel （　　　） | | |
| Dirección（〒　 -　　） | | | | | |
| Lugar de trabajo (En caso de que el lugar de trabajo sea otro al descrito arriba)  Tel （ ） | | | | | |
| Tiempo de servicio | | | | | Año(s) |
| ＊⑦Años de residencia en Japón | | Año(s) | ⑧ Ingresos brutos | | yenes／Año | |

## Datos de contacto en caso de emergencia

|  |  |
| --- | --- |
| Lugar de contacto | Dirección（〒　　-　　） |
| Tel(Domicilio):　　（　　）　　　(Lugar de trabajo):（　） |
| （Celular）:　　（　　　） |
| w Nombre | Alfabeto |
|  |
| e Relación con el solicitante | 1.Familiar 2.Pariente 3.Conocido/Amistad 4.Por trabajo 5.Por estudios (excepto estudiantes) 6.Otros |

**Puntos para tener en cuenta**

1. En caso que alguno de los datos escritos sea falso se rechazará la solicitud.
2. Este impreso será rellenado por la persona que lo solicita.
3. Solo podrán instalarse las personas nombradas en esta solicitud. No se permite cambios o subarriendos.
4. Según el inspección que se emita sobre esta solicitud, existen casos en que puede ser rechazada. En ese caso la razón del rechazo no se dará a conocer, solicitamos su comprensión.
5. Se contactará al ｌugar de trabajo o centro de estudios para confirmar la información.
6. En los días posteriores se contactará por teléfono con su garante solidario para confirmar que acepta dicha obligación.

＊No es necesario rellenar lo siguiente. Campos para ser rellenados por esta empresa

Licencia Municipal（ ）（Titular de la licencia:　 ）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha de solicitud | Año |  | Mes |  | Día | Nombre del encargado |
| Identificación | Pasaporte／tarjeta de registro de extranjeros／otros ( 　 　 ) | | | | | |
| Resumen |  | | | | | |
| Entidad colaboradora | Tel　　　　（　　　） | | | | | |
| Fecha de contrato | Año |  | | Mes |  | Día |
| Fecha de ingreso | Año |  | | Mes |  | Día |

Columna para notas: