

無料電話相談
0120-31-5129

※記入したくない項目については、空欄のままでも結構です。(連絡先は携帯番号のみのご記入でもOK。)

フリガナ				
お名前	(性別：男性・女性 年代：20・30・40・50・60代 70代～)			
現住所	〒			
ご連絡方法	電話 携帯 FAX メール (ご希望される弊社からの連絡方法をお選びください。複数可)			
	電話番号		FAX番号	
	携帯番号		Email	
	ご連絡希望時間帯			

物件所在地	都道府県	区市町	
■種別 戸建・マンション	■建物名： ■駐車場：有・無 ■()年築 ■間取り：		
面積	土地 (約 坪)	建物 マンション専有面積 (約 坪)	
借入金	ローン残債額： 万円	月額返済額： 万円	遅延月数 ヶ月
住宅関連 >	金融機関名： (残債務： 万円)	金融機関名： (残債務： 万円)	
住宅以外 >	金融機関名： (残債務： 万円)	金融機関名： (残債務： 万円)	
ご相談内容	(相談物件の所有者以外の方は名義人と関係を書いて下さい)		
※欄内にご記入しきれない場合は、別紙に加筆願います。			