

サービス付き高齢者向け住宅

「エクゼクティブコート希望の華咲く2号館」

入居申込書及び注意事項

この度は、有限会社オザワ（以下、当社という）が管理・運営する、サービス付き高齢者向け住宅「エクゼクティブコート希望の華咲く2号館」にお申込み頂き、誠にありがとうございます。以下の注意事項をご確認ご同意頂きまして、入居申込書をご記入下さい。

◆注意事項◆

- ① ご記入される際は、内容を精査し、空欄の無いようにご記入下さい。
- ② ご記入される方が入居希望者と異なる場合は、申込人さま欄もご記入下さい。
- ③ 入居申込書に虚偽及び不備がございますと、本契約成立後でもその契約は解除され、それに伴う損害金を請求されます。
- ④ 入居申し込みには、連帯保証人さまを一名設定して頂く必要がございます。連帯保人さまは、20歳から65歳までの方で有所得者、三親等以内の方をお願いします。
- ⑤ 申し込み内容について、申込人様及び連帯保証人様の勤務先等に確認させて頂く場合がございます。
- ⑥ こちらの用紙はあくまでも入居申込書です。入居を確約するものではありません。
- ⑦ 入居申込書の内容を精査し（本人・家族への面談あり）、入居が決まりましたら当社担当スタッフから、お電話もしくは文書にて連絡致します。
- ⑧ 審査諾否の内容については、一切お答え致しかねます。
- ⑨ ご記入に際してご不明な点がございましたら、当社担当スタッフまでお電話下さい。

※ご記入頂いた入居申込書は当社まで郵送、またはご持参下さい。

◆株式会社オザワ プライバシーポリシー（個人情報保護方針）◆

1. 個人情報の取得について

当社は、適法かつ公正な手段によって、個人情報を取得します。

2. 個人情報の利用目的

当社は、当社の提供するサービス申込みの際にご提出いただいた個人情報について、お客様との連絡の為に利用させていただくほか、お客様がお申込みのサービスの手配および受領の為に必要な範囲内で利用させていただきます。

また、個人情報を第三者との間で共同利用し、または、個人情報の取り扱いを第三者に委託する場合には、当該第三者につき厳正な調査を行ったうえ、秘密を保持させるために、適正な監督を行います。

また、当社では、よりよいサービス・商品開発や、サービス提供のご案内をお客様にお届けする為に、お客様の個人情報を利用させていただくことがあります。

3. 個人情報の第三者提供について

当社は、法令に定める場合を除き、個人情報を事前に本人の同意を得ることなく第三者に提供しません。

4. 個人情報の管理について

- ・ 当社は、個人情報の正確性を保ち、これを完全に管理致します。
- ・ 当社は、個人情報の紛失、破壊、改ざん及び漏洩などを防止するため、不正アクセス、コンピューターウイルス等に対する適正な情報セキュリティ対策を講じます。
- ・ 当社は、個人情報を持ち出し、外部へ送信する等により漏洩させません。

5. 個人情報の開示・訂正・利用停止・消去について

当社は、本人が自己の個人情報について、開示・訂正・利用停止・消去等を求める権利を有していることを確認し、これらの要求ある場合には、異議なく速やかに対応します。なお、当社の個人情報の取り扱いにつきましてご意見、ご質問がございましたら、当社個人情報相談窓口「TEL：0226-22-6177」までご連絡下さいますようお願い申し上げます。

6. 組織・体制

- ・ 当社は、個人情報保護管理者を任命し、個人情報の適正な管理を実施します。
- ・ 当社は、役員及び従業員に対し、個人情報の保護及び適正な管理方法について研修を実施し、日常業務における個人情報の適正な取り扱いを徹底します。

7. 個人情報保護コンプライアンス・プログラムの策定・実施・維持・改善

当社は、この方針を実行するため、【個人情報保護マニュアル】を策定し、これを当社従業員その他関係者に周知徹底させて実施し、維持し、継続的に改善致します。

東京都江戸川区東小松川二丁目 35-15

TEL：03-3651-3628

FAX：03-3651-7074

<http://chintai-ozawa.com>

「エクゼクティブコート希望の華咲く 2号館」入居申込書

申込 人 (記入者)	お名前	フリガナ			男・女	ご住所	〒			
	生年月日	T・S・H	年	月	日	お電話番号	() () ()			
	入居希望者との関係					携帯電話	() () ()			
	勤務先	名称				所在地	〒			
入居 希望者	お名前	フリガナ			男・女	ご住所	〒			
	生年月日	T・S・H	年	月	日	お電話番号	() () ()			
	介護度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 申請済(要介護度) <input type="checkbox"/> 申請中(平成 年 月 日)								
	居宅介護支援事業所名 ()					担当ケアマネージャー () 連絡先 ()				
	現在の環境	ご自宅(同居家族有・同居家族無)・入院中・老人保健施設・特別養護老人ホーム・ケアハウス・グループホーム・その他 ()								
	健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 往診中								
		主治医 ()		病院 ()			科 ()		医師 ()	
障害者手帳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(種類 ())										
連 帯 保 証 人	お名前	フリガナ			男・女	ご住所	〒			
	生年月日	T・S・H	年	月	日	お電話番号	() () ()			
	入居希望者との関係					携帯電話	() () ()			
	勤務先	名称				所在地	〒		勤続年数	
業種					Tel () ()		年			
※その他、特にお伝えしたいことなどありましたら本用紙裏にお書き下さい。										

上記内容にて、入居を申し込みます。

また、注意事項・個人情報の取り扱いについて確認・了承しました。

平成 年 月 日

申込人 _____ (印)