

【住宅メンテナンス診断<床下編> 申込書】

● 「始めにご確認ください」を確認・同意し、「住宅メンテナンス診断<床下編>」を申込みます。

始めにご確認ください	① お申込み前にホームページ (https://yukashita.holsc.or.jp/) 記載内容のご確認をお願い致します。 ② 下記③④「事前確認シート」の送受信の関係上、診断日時の調整は、お申込みから早くても約2~3週間後以降になります。 ③ 申込書をセンターに送付後、センターから「事前確認シート」をメール（又は郵送）で送付致します。 ④ ご記入頂きました「事前確認シート」をセンターに送付後、センターにて内容を確認致します。不明な点等がございましたら、メール（又は電話）にてご確認させて頂く場合がございます。 ⑤ 診断日時の調整は、住宅メンテナンス診断士から直接メール（又は電話）にてご連絡申し上げます。諸事情により、希望日時のご期待に添えない場合がございます。ご了承ください。また、診断日時決定後、ご都合が悪くなった場合は、前日の午前中までに連絡をお願い致します。 ⑥ 診断当日、床下へは、床下点検口や床下収納庫、縁側、和室の畳や板を上げる等、いずれかの方法で入ります。床下への入り口が無い場合、事前に床下点検口の設置工事をお願い致します。 ⑦ 診断結果は、第三者に提供致しません。又、診断士による補修工事の勧誘、商品販売など行いません。 ⑧ 申込書や事前確認シート等の個人情報、センターが保管・管理し、住まいの維持管理等の情報提供のご案内等に利用頂く以外、第三者に開示、提供を致しません。			
	申込日	20 年 月 日	〒	
	お申込者様のお名前	④	診断を希望される建物のご住所	
	建物所有者様のお名前	※お申込者様と異なる場合、ご記入ください。		
	メールアドレス			
	日中連絡が取れる電話番号	FAX 番号	※無ければ記載不要。	
	診断希望日時 <small>※お申込みから約2~3週間以降の日時をお願い致します。</small>	第1希望	月 日 曜日	診断開始時間：
		第2希望	月 日 曜日	診断開始時間：
第3希望		月 日 曜日	診断開始時間：	
診断希望の住宅について ※当てはまる箇所を分かる範囲で○をお願い致します。				
建築年	大正以前 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 西暦 年 月 ・ わからない			
階数	平屋 ・ 2階建 ・ 3階建			
1階床面積	㎡ ・ 坪 ・ わからない			
図面・間取り図の有無	図面がある ・ 間取り図がある ・ 無い			
床下への入口	床下点検口 ・ 床下収納庫 ・ 縁側 ・ 和室 わからない ・ 無い → 床下点検口設置工事（別途有償）： 希望する ・ 不要※ <small>※床下へ入る箇所が無ければ、診断できません。</small>			
床下の状態	土が見えている ・ コンクリート ・ わからない			
床下の換気口	窓型 ・ 基礎パッキン ・ わからない			
事務局記入欄				

