

依頼書
Request Form

新規 New Enrollment 補償期間延長 Extended Enrollment 賃貸借更新契約 Contract Renewal 転居 Move-Out
該当する項目を選択してください。 Please choose from above.

総合研究大学院大学 殿 To : SOKENDAI

氏名 Name	提出日 Submission date
署名 Signature	学籍番号 Student ID
所属専攻 Department	在留資格 Type of Visa
連絡先 Telephone:	E-mail:

下記住居について、貴学に連帯保証人に就任いただきたく依頼いたします。つきましては、貴学からの指示に従うとともに下記の事項について遵守いたします。

Upon signing the housing contract mentioned below, I would like to request that SOKENDAI be a joint guarantor. I shall follow the instructions from SOKENDAI and adhere to the following rules.

- 留學生住宅総合補償制度に加入すること。
I shall enroll in the Comprehensive Renters' Insurance for Foreign Students Studying in Japan.
- 家賃は毎月、所定の日時までには支払いを行うこと。家賃が払えない事態が生じる場合は、速やかに貴学に連絡すること。
I shall pay rent by the determined due date/time every month. In the event that I cannot pay rent, I shall immediately report to SOKENDAI.
- 入居にあたっての契約内容等を遵守すること。
I shall abide by the housing contract for move-in.
- 入居する住宅に損傷を与えた場合には、速やかに貴学に連絡すること
I shall immediately report to SOKENDAI in case I damage the housing.
- 補償期間中、退去、転居、同居人及び連絡先の変更、また居所を1ヶ月以上不在にする場合は、事前に貴学に連絡すること。
I shall immediately report to SOKENDAI about move-out, roommate, change of contact information, and the case in which I will be away from housing more than a month during the contract period.
- 補償期間中に、在留資格「留学」または総合研究大学院大学の学生としての身分を喪失した場合は速やかに貴学に連絡すること。また、その場合において、連帯保証人による本連帯保証の解約について異議を述べない。
In case that I lose the status of residence as a Student, or the student status from SOKENDAI, I shall immediately report to the university during the contract period. In the aforementioned case, I shall not object to the university's cancellation to be a joint guarantor.

依頼住居住所 Housing Address to which you wish to move in 〒							
物件契約期間 Housing Contract Period							
年	月	日	~	年	月	日	
From Yr.	Mon.	Day	to	Yr.	Mon.	Day	
留學生住宅総合補償加入期間 Comprehensive Renters' Insurance Coverage Period							
新規又は補償期間延長の場合に記入 *For new, or extended enrollment, please fill in the below.							
2年間 2 years (¥8,000)							
1年間 1 year (¥4,000)							
6ヶ月間 6 months (¥2,000) *延長する場合のみ選択可 For Extended Enrollment only							
年	月	日	~	年	月	日	
From Yr.	Mon.	Day	to	Yr.	Mon.	Day	
保険料払込方法 Payment Method							
新規又は補償期間延長の場合、1つ選択 *For new, or extended enrollment, please choose one from below.							
セブンイレブン 7-Eleven		ファミリーマート Family Mart		ローソン Lawson			
サークルKサンクス Circle K Sunkus		デイリーヤマザキ Daily Yamazaki		ミニストップ Mini Stop			
セイコーマート Seico Mart		銀行 ATM (Pay-easy) Bank ATM (Pay-easy)					

上記依頼書について確認しました。 I have confirmed the request above.

指導教員氏名 Name of Supervisor 印/署名 Seal/Signature

専攻長氏名() 職制印

証明者は、各基盤機関担当課長の方でも構いません。その場合、職名・氏名をご記入の上、押印(職制印または私印)願います。