

FAX送付先 029-875-3300

※滞納発生より40日以内にFAXで報告下さい。

事故報告書

株式会社 スマイルサポート 御中

代理店様情報

代理店名		担当者	
電話番号		FAX番号	

ご契約者様情報

保証プラン		保証番号	
物件名・号室		住所	
契約者名		連絡先	

滞納内容

事故履歴： ☐新規 ☐再発

保証対象賃料等	円	保証滞納額	円
滞納発生月		備考欄：	
家賃等支払期日	毎月 迄 ☐ 当月 ☐ 翌月		

振込口座

銀行名		支店名	
種目	☐ 普通 ☐ 口座	口座番号	
カナ 口座名義			

【お問い合わせ】

株式会社スマイルサポート<竹園オフィス>保証課
茨城県つくば市竹園2-3-17 TEL 029-860-5213
E-mail : info@smilesupport.co.jp

株式会社スマイルサポート社内記入欄

受付日	年 月 日	備考欄：	社長	検印	担当者
担当者					
事故履歴	☐ 新規 ☐ 再発				
保証内容	100% 90% 50% 0%				