

※土日祝日を挟む場合は、依頼への返信に時間がかかる場合がありますのであらかじめ、ご了承ください。※連合会のHP (<https://www.nikkanren.org/>) からのご依頼いただけます。  
 ※診断依頼の有効期間は依頼日から6か月間です。それ以降に診断を実施する場合は診断依頼書を再送付願います。  
 ※理事会または理事長の同意が得られていない場合には、診断依頼は受付できません。※管理士を指名する場合は本書の送付前に担当管理士へ連絡し承諾を得てください。

▶ FAX: 03-5801-0844 TEL: 03-5801-0843 (受付時間: 平日 10:00~17:00 土日祝日休み)

メールアドレス: [mkts@nikkanren.org](mailto:mkts@nikkanren.org)

依頼日(西暦) 年 月 日

「管理計画認定手続支援サービス」登録申請 <small>※以下の2条件が必須</small>		<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
登録申請總會承認日	年 月 日	認定申請受付自治体名	区・市・県 府・道・都

↑必ず該当自治体で認定申請受付を実施しているか確認願います。  
 ↓記載がないと診断を実施できません。必ずご記入ください。

管理組合・物件情報	
管理組合名	理事長名または 管理者名
住 所	〒 -
電話番号	( ) -
○物件概要	
構造・階数	地上 階 地下 階
戸 室 数	<input type="checkbox"/> 50戸室未満 <input type="checkbox"/> 50戸室以上~100戸室未満 <input type="checkbox"/> 100戸室以上
建築年月 (西 暦)	年 月 棟 数 <input type="checkbox"/> 単棟型 <input type="checkbox"/> 団地型(棟)
現在ご加入の 保険会社	<input type="checkbox"/> 加入なし <input type="checkbox"/> 日新火災 <input type="checkbox"/> その他( )
現在ご加入のマンション 共用部分用損害保険の満期	年 月 日

診断依頼書記入者	
氏 名	
住 所	〒 -
電話番号	( ) -
メールアドレス	@
区 分	<input type="checkbox"/> 日新火災代理店(代理店名: 代理店コード: ) <input type="checkbox"/> その他( )

連絡先(記入者と異なる場合のみ記載)	
氏 名	
住 所	〒 -
電話番号	( ) -
メールアドレス	@
区 分	<input type="checkbox"/> 日新火災代理店(代理店名: 代理店コード: ) <input type="checkbox"/> マンション管理士 <input type="checkbox"/> マンション管理組合 <input type="checkbox"/> その他( )

その他、診断にあたっての留意事項等(顧問契約しているもしくは既に相談を受けているマンション管理士がいる場合、または既に日新火災代理店がいる場合等に記載)

--

※本依頼書を通じて知り得た情報を、必要な範囲内で損害保険会社、損害保険会社の代理店、マンション管理士等、本制度実施の関係者に開示することがあります。