

耐震診断アドバイザー派遣申込書 兼 情報提供同意書

第1号様式

一般財団法人 福岡県建築住宅センター理事長 殿

私は、所有する住宅の耐震診断を希望するので、**福岡県耐震診断アドバイザーの派遣を申し込みます。**  
 また、診断の結果、「倒壊する可能性がある」又は「倒壊する可能性が高い」と判定となった場合、  
**診断した住宅が所在する市町村に以下の情報(※1)を提供すること、**  
**市町村の「耐震改修補助金制度等」に関する案内(※2)を受けることについて同意します。**  
 (※2 案内とは、市町村の耐震改修補助金制度の概要、必要な申請手続き等に関するものです。)

[市町村に提供する情報(※1)]

- ・受付日(年月日) ・現地調査日(年月日)
- ・申込者の情報(氏名、住所、年齢、電話番号、携帯番号、FAX番号)
- ・調査物件の情報(物件所在地、建築年、階数、延べ面積)
- ・診断結果(上部構造評点の区分、評価)

1. 申込者・同意者(建物の所有者に限る)

住所	〒( ) ( ) ( )		
フリガナ		生年月日	明大昭平 年 月 日生 ( 歳)
氏名(自署)			
電話番号	- -	FAX番号	- -

※ 取得した個人情報、当業務の目的の範囲内で利用し、その目的以外で利用することはありません。  
 ※ 当制度は、同一の住宅に対し、原則、1回限りのご利用とさせていただきます。

2. 申込内容(いずれかのチェックボックスにチェック☑)

診断内容	<input type="checkbox"/> <b>一般診断</b> (床下・天井裏に進入して詳しく調査する診断) ↓下記の1～3のうち、希望するものひとつに○を付けてください。 (1.診断報告書のみ 2.診断報告書+耐震改修計画書(案) 3.診断報告書+耐震改修計画書(案)+工事概算見積書) 床下点検口の場所( )、小屋裏点検口の場所( ) ※床下点検口や小屋裏点検口がない場合は進入調査ができません。	<b>費用 6,000円</b>
	<input type="checkbox"/> <b>簡易診断</b> (床下・天井裏に進入せず、外部・内部を通常見える範囲で行う診断)	<b>費用 3,000円</b>

3. 調査対象物件の概要(該当するチェックボックスにチェック☑)

建物所在地	(上記住所と異なる場合のみ記入)	所有区分	<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 持家以外(具体的に )
構造※	<input type="checkbox"/> 木造(右記※以外) ※木造以外の構造(鉄骨造、鉄筋コンクリート造、コンクリートブロック造などの構造)、 混構造(木造と木造以外との併用構造)、木造プレハブ工法(旧38条認定、型式適合認定など)、 丸太組構法、木造で中2階がある場合は、派遣対象外です。		
建て方※	<input type="checkbox"/> 一戸建て ※共同住宅や長屋、店舗等が付いた併用住宅で住宅以外の部分の面積が大きな住宅は、派遣対象外です。		
建築年	(明・大・昭)( )年(築 年)	図面の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
階数※	<input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 ※3階建は派遣対象外です。	床面積	m <sup>2</sup>
増改築の履歴 (注)改築中の物件は調査対象外	・増改築した部屋とその範囲( ) ・増改築を行った時期( 年頃)		
建物の状態で気になること			
診断時の駐車スペース (診断士が車で訪問する際に、 駐車できる場所を教えてください)	自宅の駐車場	<input type="checkbox"/> 停められる [ ]台	<input type="checkbox"/> 停められない
	一時利用の有料駐車場	<input type="checkbox"/> 近隣にある	<input type="checkbox"/> 近隣にはない
	自宅前または近隣	<input type="checkbox"/> 路上駐車できる	<input type="checkbox"/> 路上駐車できない

4. 派遣希望時期と連絡先

希望時期	令和 年 月 日～ 月 日 (曜日・時間帯など: )		
連絡先	(携帯電話等、連絡がつくところ)	E-mail	

※事務局記入欄

受付日	令和 年 月 日( )	<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 来訪 <input type="checkbox"/> 他( )	受付No.		受付者	
派遣者氏名		登録番号				
勤務先名称		連絡先				
派遣日時	令和 年 月 日( )	午前 / 午後	時 分～			

耐震診断アドバイザー派遣申込書 兼 情報提供同意書

第1号様式

一般財団法人 福岡県建築住宅センター理事長 殿

私は、所有する住宅の耐震診断を希望するので、**福岡県耐震診断アドバイザーの派遣を申し込みます。**  
 また、診断の結果、「倒壊する可能性がある」又は「倒壊する可能性が高い」と判定となった場合、  
**診断した住宅が所在する市町村に以下の情報(※1)を提供すること、市町村の「耐震改修補助金制度等」に関する案内(※2)を受けることについて同意します。**  
 (※2 案内とは、市町村の耐震改修補助金制度の概要、必要な申請手続き等に関するものです。)

[市町村に提供する情報(※1)]

- ・受付日(年月日) ・現地調査日(年月日)
- ・申込者の情報(氏名、住所、年齢、電話番号、携帯番号、FAX番号)
- ・調査物件の情報(物件所在地、建築年、階数、延べ面積)
- ・診断結果(上部構造評点の区分、評価)

記入例

1. 申込者・同意者(建物の所有者に限る)

住所	〒( 815-0804 ) <b>春日市原町〇丁目〇番〇</b>		
フリガナ	<b>フクオカ ハナコ</b>		
氏名(自署)	<b>福岡 花子</b>	生年月日	明大昭平 26年 10月 1日生 (70歳)
電話番号	<b>092 - 000 - 000</b>	FAX番号	<b>092 - 000 - 000</b>

※ 取得した個人情報、当業務の目的の範囲内で利用し、その目的以外で利用することはありません。  
 ※ 当制度は、同一の住宅に対し、原則、1回限りのご利用とさせていただきます。

2. 申込内容(いずれかのチェックボックスにチェック☑)

診断内容	<input checked="" type="checkbox"/> <b>一般診断</b> (床下・天井裏に進入して詳しく調査する診断) ↓ 下記の 1 ~ 3 のうち、希望するものひとつに〇を付けてください。 ( 1.診断報告書のみ ② 診断報告書+耐震改修計画書(案) 3.診断報告書+耐震改修計画書(案)+工事概算見積書 ) 床下点検口の場所( <b>畳の下</b> )、小屋裏点検口の場所( <b>和室6帖の押入の上</b> ) ※床下点検口や小屋裏点検口がない場合は進入調査ができません。	<b>費用 6,000円</b>
	<input type="checkbox"/> <b>簡易診断</b> (床下・天井裏に進入せず、外部・内部を通常見える範囲で行う診断)	<b>費用 3,000円</b>

3. 調査対象物件の概要(該当するチェックボックスにチェック☑)

建物所在地	(上記住所と異なる場合のみ記入)	所有区分	<input checked="" type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 持家以外(具体的に )
構造※	<input checked="" type="checkbox"/> 木造(右記※以外) ※木造以外の構造(鉄骨造、鉄筋コンクリート造、コンクリートブロック造などの構造)、 混構造(木造と木造以外の併用構造)、木造プレハブ工法(旧38条認定、型式適合認定など)、 丸太組構法、木造で中2階がある場合は、 <b>派遣対象外</b> です。		
建て方※	<input checked="" type="checkbox"/> 一戸建て ※共同住宅や長屋、店舗等が付いた併用住宅で住宅以外の部分の面積が大きな住宅は、 <b>派遣対象外</b> です。		
建築年	(明・大 <b>昭</b> ) (50)年 (築46年)	図面の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
階数※	<input type="checkbox"/> 1階 <input checked="" type="checkbox"/> 2階 ※3階建は派遣対象外です。	床面積	<b>123.4㎡</b>
増改築の履歴 (注)改築中の物件は調査対象外	・増改築した部屋とその範囲( ) ・増改築を行った時期( 年頃)		
建物の状態で気になること	<b>外壁にひび割れあり</b>		
診断時の駐車スペース (診断士が車で訪問する際に、 駐車できる場所を教えてください)	自宅の駐車場 一時利用の有料駐車場 自宅前または近隣	<input type="checkbox"/> 停められる [ ]台 <input checked="" type="checkbox"/> 近隣にある <input type="checkbox"/> 路上駐車できる	<input checked="" type="checkbox"/> 停められない <input type="checkbox"/> 近隣にはない <input checked="" type="checkbox"/> 路上駐車できない

4. 派遣希望時期と連絡先

希望時期	令和 3年 9月 1日 ~ 9月 30日 (曜日・時間帯など: <b>平日の午後を希望</b> )
連絡先 (携帯電話等、連絡がつくところ)	090-0000-0000(長女の携帯) E-mail

※事務局記入欄

受付日	令和 年 月 日( )	<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 来訪 <input type="checkbox"/> 他( )	受付No.	受付者
派遣者氏名		登録番号		
勤務先名称		連絡先		
派遣日時	令和 年 月 日( )	午前 / 午後	時 分 ~	