成年後見制度利用促進事業

様式２

年　　月　　日

質　　問　　票

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

|  |
| --- |
|  |

※箇条書きで、簡潔に記載すること。

　ＦＡＸにより提出する場合は、必ず受信確認のお電話をしていただきますようお願いします。