様式第４（第１４条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| **大口町成年後見制度利用促進計画(案)に対する意見** | |
| 氏名又は団体・法人等の名称  (団体・法人の場合は代表者名及び担当者名も記入)【必須】 | (フリガナ) |
| (担当者名　　　　　　　　) |
| 住所(所在地)  【必須】 | 〒 |
| 連絡先 | 電　話【必須】 |
| メールアドレス【任意】 |
| 在住等の要件区分  該当する項目を囲んでください。【必須】 | ア．町内に居住する個人  イ．町内で営利を目的としない活動を行う住民団体  ウ．町内に所在する事業所  エ．町外から大口町に通勤又は通学する者  (通勤・通学先　　　　　　　　　　　　　　　　)  オ．大口町のまちづくりに関わる町外に居住する者   |  | | --- | | 具体的に | |
| その他【任意】 | ◎差支えなければご記入をお願いします。  ■性別　　男　・　女　　　■年齢　　　　　　　歳 |
| ご意見記入欄 | |

※氏名・住所・連絡先が不明なものはお受けできませんのでご注意ください。