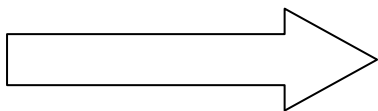


FAXシート

FAX送信日	平成 年 月 日
お申込者(成年後見人) について	お名前:
	法人名・屋号:
	事務所所在地: (〒 -)
	お電話番号:
被後見人について	お名前:
	ご住所:
管理対象建物について (お分かりになられる 範囲内でご記入下さい)	所在地 [<input type="checkbox"/> 住所 ・ <input type="checkbox"/> 地番] []
	所有者名 [] [<input type="checkbox"/> 建物の現在の登記名義人 ・ <input type="checkbox"/> その他]
	建物の現在の状況 <input type="checkbox"/> 空き家 <input type="checkbox"/> 居住中 [ヶ月後に転居予定] <input type="checkbox"/> その他 [具体的に :]
	ご要望・ご質問等がございましたらお書き下さい。 _____ _____ _____

ご記入頂き、ありがとうございました。
 お手数ですが空き家ガーディアンズ統括本部までFAXをお願いいたします。
 頂戴いたしました当シートは空き家ガーディアンズの個人情報保護指針に則り
 責任をもって管理させて頂きます。



FAX番号: 093-693-0021

※FAX番号をお間違えにならぬよう、十分ご注意ください