様式１

年　　月　　日

成年後見制度利用促進事業企画提案書

奈良県福祉医療部医療・介護保険局長　殿

　　　　　　　　住　　　　所

　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　代表者職氏名

　「成年後見制度利用促進事業公募型プロポーザル説明書」に基づき、企画提案書及び附属書類を提出します。

　なお、説明書３の「参加資格」をすべて満たしていることを誓約します。

　　【担当者連絡先】

　　　　所　　　属

　　　　役　職　名

　　　　氏　　　名

　　　　電話番号

　　　　ＦＡＸ番号

　　　　メールアドレス