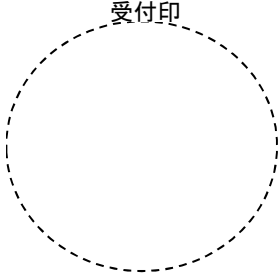


受付印



境界紛争相談申出書

事件番号 令和 年(S)第 号

境界問題相談センターおおさか 御中

下記のとおり、相談の申出をします。

申出年月日 令和 年 月 日

申出をされる方	申出人 あなたの お名前	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> 住所 フリカナ 氏名(会社名・代表者名) 印 (TEL) (FAX) (携帯)
	<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 補佐人	住所 フリカナ 氏名(資格) 印 (TEL) (FAX) (携帯)
	<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 補佐人	住所 フリカナ 氏名(資格) 印 (TEL) (FAX) (携帯)

相手方・利害関係人	相手方のお名前	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> 住所 フリカナ 氏名(会社名・代表者名) (TEL) (FAX) (携帯)
		住所 フリカナ 氏名(会社名・代表者名)

相談したい土地の所在

① 大阪府	郡市	区・町	番 (所有者)
② 大阪府	郡市	区・町	番 (所有者)
③ 府県	郡市	区・町	番 (所有者)

