神戸市成年後見支援センター（FAX　200-5329）

森田・北　宛

成年後見制度

個別相談会付き出張説明会　申込書

申込日　　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 施　設　名 | 　 |
| 連　絡　先 | 担当者氏名 |  |
| T E L |  |
| F A X |  |
| E　メ　ー　ル |  |
| 申し込み内　容 | 説明会のみ　　　・　　　説明会＋個別相談会どちらかに〇印をつけてください |
| 　　説明時間の希望　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　分 |
| 説明内容についての要望 |
| 　個別相談会　　（当日対応できますが、事前に件数がわかればご記入ください。）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　件　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 日 時 | 第１希望 | 　　　　　月　　　　日（　　　）　　　　：　　　　～　　　　： |
| 第２希望 | 　　　　　月　　　　日（　　　）　　　　：　　　　～　　　　： |
| 会 場 | 所在地 |
| 参加予定人数 | 　　人　　　　　 　　　  | 主　な職　種 | 　（例：生活相談員　等） |
| 　　　　備　考 |  |

【申込み先】 神戸市成年後見支援センター　（森田・北）

TEL：078-271-5321

FAX：078-200-5329

E-mail：kouken@with-kobe.or.jp

※申込書受付後、担当者から連絡いたします