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