

「成年後見相談」相談員派遣申込書〔令和7年度〕

令和 年 月 日

(公社) 成年後見センター・
リーガルサポートながの支部 行

主 催 者	機関名 代表者
ご担当者	所 属 氏 名
ご連絡先	住所 〒 - TEL FAX

下記のとおり相談員の派遣を申し込みます。

希 望 日 時	令和 年 月 (初旬・中旬・下旬) 又は 令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分
場 所	
相談会等の名称	
利 用 予 定 者	約 人 (対象) ☐ 職員 ☐ ケアマネージャー ☐ 福祉関係者 ☐ 民生児童委員 ☐ 保護者 ☐ 親族 ☐ 本人 ☐ その他 ()
【その他】(行事の目的や予約制等から、相談内容が予測できる場合には、寄せられる相談内容につき レ チェックしてください) ☐成年後見制度全般 ☐権利擁護 ☐高齢者等虐待 ☐遺言・相続 ☐その他 ()	
【主催者からのご要望等】 _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	

リーガルサポートながの支部 FAX : (026) 232-6699