

FAXご相談シート

太枠内に必要事項をご記入ください。*の項目は必須です。必ずご記入ください。

FAX

東京本部：03-6231-7713

松戸事業所：047-710-6953

※担当者等ご不明の場合は東京本部FAXIにお送りください

ご相談者様について

		お申し込み日		年	月	日
事業区分*	いずれか1つにチェックをしてください <input type="checkbox"/> 法人・事業所等 <input type="checkbox"/> 行政機関 <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> その他					
お申込者様のお名前*	法人・団体の場合はご担当者様のお名前をご記入ください		事業所名	個人の方以外ご記入ください		
TEL*	()	FAX*	()	E-Mail		

ご本人様について

ふりがな			生年月日	年	月	日 (歳)
お名前			TEL	()	性別	男・女
ご住所	〒 -					
家族構成図	キーパーソン (このケースについてのご相談者、情報をお持ちの方、関わりのある方) に☆印をお付けください			親族・キーパーソン ご相談者様と同じ場合は空欄で結構です		
				お名前	TEL	()
			ご住所	〒 -		
			介護認定 利用中の方は要介護認定区分もチェックしてください			
			<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 区分変更中			
			<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2			
			<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
生活歴・現状	分かる範囲でご記入ください。書ききれない場合は別紙でも構いません					

ご希望

		緊急度	<input type="checkbox"/> 至急の対応を必要としている
ご相談内容* (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 後見制度の説明をしてほしい <input type="checkbox"/> 後見制度利用の手続きをお願いしたい <input type="checkbox"/> 後見人候補者を探している		
	<input type="checkbox"/> その他 (こちらを選択された方は下に具体的な内容をご記入ください)		
その他	ご相談について必要な情報がございましたらご記入ください		

早稲田成年後見サポートセンター 通信欄