

相談シート

※太枠にご記入ください

FAXはこちらへ
東京 03 (6231) 7713
千葉 047 (710) 6953

申し込み日	年 月 日		
申込者	事業所名	TEL :	()
	ご担当者名	FAX :	()

●ご本人の情報●

フリガナ				性別	男 ・ 女
氏名				生年月日	年 月 日 (歳)
住所	〒 -				
電話	()				
緊急連絡先	氏名				ご本人との関係 ()
	住所				連絡先 : ()
家族構成図 (キーパーソンに☆)				親族・キーパーソン	
				氏名	
				住所	
				TEL	
介護認定区分	利用なし 申請中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 区分変更中				
生活歴・現況 (わかる範囲でかまいません。書ききれない場合は別紙でもかまいません。)					

●ご希望● 至急の対応をお願いしたい

<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"/> 後見人候補者になってほしい
<input type="checkbox"/> その他 (例) 遺言・相続などのご相談)

早稲田成年後見サポートセンター 通信欄