

一般社団法人 シニアパートナーズ相談表

お名前	ふりがな	生年月日 (○印を 付けて下 さい)	大正・昭和・平成
			年 月 日
ご住所	ふりがな		
ご連絡 先(電 話番 号)		連絡希望 時間帯 (○印を 付けて下 さい)	いつでも良い・指定有 午前・午後 時頃
メール アドレ ス			

相談内容についてお知らせ下さい(何項目でもかまいません)	
○印を付 けて下さ い	①成年後見 ②入院や施設入所時の身元引受 ③将来への不安(現在～死後の手続き等)
	④親なきあと問題(障がいのあるお子様について) ⑤遺言・相続
	⑥セミナー、講演 ⑦その他( )
ご希望や気になることを何なりとご記入下さい	

FAX (24時間受付) 022-774-2086