

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 (〇印を 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 (〇を付 けてくだ 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)	
〇印を付けて 下さい	①成年後見 ②入院や施設入所の身元引受 ③将来への不安(現在～死後の手続き等)
	④親なきあと問題(障害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) 0224-86-5562