## 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	大正・昭和・平成			
			付けて下さい)	年	月	B	
	ふりがな						
ご住所							
ご連絡先 (電話番号)			連絡希望 時間帯 (○を付 けてくだ	いつでも 午前・午後		指定有	
			さい)			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)									
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	るお子様につい	て) (5	遺言・相続					
⑥セミナー・	講演 ⑦その他	(				)			
になることを	を何なりとご記	入下さい							
	<ul><li>①成年後見</li><li>④親なきあと</li><li>⑥セミナー・</li></ul>	①成年後見 ②入院や施設入所 ④親なきあと問題(障害のある ⑥セミナー・講演 ⑦その他	①成年後見 ②入院や施設入所の身元引受	①成年後見 ②入院や施設入所の身元引受 ③将来へ ④親なきあと問題(障害のあるお子様について) ⑤ ⑥セミナー・講演 ⑦その他(	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 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(	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 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(			

FAX(24時間受付)0224-86-5562