かながわ成年後見推進センター事業

かながわ成年後見推進センター出張説明会・相談会依頼申請書

権利擁護推進課

かながわ成年後見推進センター　　宛

ＦＡＸ：０４５－３１４－３４７２

下記内容に基づき、出張説明会・相談会の開催を依頼いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請日 | 年　　　月　　日 | 団体名代表者名 |  |
| 主催団体 |  |
| 所在地 |  |
| 電話・FAX |  |
| 担当者名 | 氏名 |
| 担当者連絡先 | 電話 | FAX |
| E-mail |  |
| 相談会・説明会名 |  |
| 対象者・定員 | 対象者 | 定員 |
| 希望日時※日程については後日調整させていただきます。 | 第一希望日：　　　月　　　日　（　　　） | 希望時間帯： |
| 第二希望日：　　　月　　　日　（　　　） | 希望時間帯： |
| 特に希望する曜日・時間帯等あれば： |
| 会 場 | 施設名 |
| 住所 | TEL |
| 依頼内容※説明会・相談会開催の意図・目的の他、知りたいこと、困っていること等、ポイントを簡単にご記入ください。 |  |
| かながわ成年後見推進センター　TEL：045-534-6045 FAX：045-314-3472 E-mail：kouken@knsyk.jp |

＜事務局利用欄＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **受付：　 / ( )** | **先方連絡：　　/ ( )** | **最終決定連絡：　 / （　　　　　）** |
| **講師：** | **備考：** |