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：** | |