

無料法律相談受付カード

平成 年 月 日()

お 申 込 者	氏名		Tel	
	事業所		Fax	
			Mail	
ご 相 談 概 要	<p>1 ご相談の対象となるご本人の状況</p> <p>①年齢 (歳) ②性別 (男・女) ③介護度 (要支援 ・要介護)</p> <p>④健康状態 ()</p> <p>⑤相談会へのご本人の同席の有無 (有・無)</p> <p>2 ご相談希望日時 (可能な日時について○をつけてください)</p> <p>第1回 平成29年1月16日(月) 14:00 14:30 15:00 15:30</p> <p>第2回 平成29年2月18日(土) 14:00 14:30 15:00 15:30</p> <p>第3回 平成29年3月16日(木) 18:00 18:30 19:00 19:30</p> <p>3 ご相談の概要</p>			