**令和６年度 第２回　千歳市成年後見支援センター「出張相談会」**

**「ケース概要」連絡票**

締切　令和７年１月21日必着

**【申込者】**

|  |  |
| --- | --- |
| **事　業　所　名** |  |
| **担当者氏名** |  |
| **職　　種** |  |
| **電話番号（必須）** |  |
| **メールアドレス** |  |

※「ケース概要」に記載された個人情報は、本事業の運営管理に関する目的のみ使用します。

【相談者の内容】

|  |
| --- |
| 1. **年齢、性別**
 |
| 1. **世帯状況（家族状況・・親、子、兄弟の状況、生活状況など）**
 |
| 1. **支援の中での困りごと、解決したいこと**
 |

お申込み・お問合わせ　千歳市成年後見支援センター

ＴＥＬ（0123）27-2527/ＦＡＸ（0123）27-2528

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Ｅ-ｍａｉｌ：c-shakyo@chitose-shakyo.or.jp