

成年後見出張講座講師等派遣申込書

リーガルサポートかながわ 御中

申込日 令和 年 月 日

申込者 名称：

郵便番号：

住 所：

電 話：

F A X：

ご担当者：

下記のとおり成年後見出張講座の講師派遣等を申し込みます。

開催日時	令和 年 月 日 (曜日) 時 分～ 時 分		
場 所	※会場までの案内図（地図）を添付してください。		
内 容			
対象者		参加人数	名
講師料	金 円 ※無しの場合→下記にご記入ください。	交通費	支給する・しない
希望の 講師名等	※講師等として内諾している、又は希望する会員がいる場合は必ず記載してください。		
備考 (講師料の 減額又は免 除を希望す る理由等)			

お申込み、お問い合わせ：

公益社団法人成年後見センター・リーガルサポート神奈川県支部

〒231-0024 横浜市中区吉浜町1番地 神奈川県司法書士会館内

TEL 045-640-4345 FAX 045-640-4346