FAX 043−224−9058　　千葉県社会保険労務士会千葉支部行

FAX番号をお間違えないようにお願い致します。

# 成年後見・年金等に関する相談申込書

| 相談申込者 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 所在地<br>（任意） | 〒　　－ | | | |
| （ふりがな）<br>会社名<br>又は氏名 | | | | |
| 連絡先 | 所属部署 | | ご担当者名 | |
| | ＴＥＬ | | ＦＡＸ | |
| | ＭＡＩＬ | | | |

| 相談内容 |
|---|
| |

**＜　重要事項説明及び情報取扱について　＞**

成年後見・年金等に関する相談にあたっては、以下の事項についてご了承のうえ、お申し込み下さい。

1．本申込書のほか、相談に必要な個人情報及び企業情報は、次の目的のために利用します。なお、これ以外の目的には利用しません。
　①相談業務の実施　　②成年後見・年金相談の手続き等の業務の円滑な遂行
2．本相談は面談により実施します。相談申込者に損害が生じても、当会は、その責任を一切負わないものとします。

相談に必要な個人情報及び企業情報を上記のとおり取り扱う事に同意します。

□　同意する　　□　同意しない