

大阪市社会福祉協議会
終活相談事業 FAX用 予約申込用紙
FAXご利用の場合、本紙をご使用ください。送信票は不要です。

【送信先 FAX番号】06-6765-5607

【申込日 令和 年 月 日】

※お申込みは大阪市内にお住まいの申込者または相談対象者に限りです

申込者	相談対象者
	※申込者本人であれば、ご記入は不要です
(名前)	(名前)
(ふりがな)	(申込者との続柄・関係)
(お住いの区) <input type="checkbox"/> 区 ※大阪市の場合は√してください <input type="checkbox"/> 市外	(お住いの区) <input type="checkbox"/> 区 ※大阪市の場合は√してください <input type="checkbox"/> 市外

連絡先 申込者の 電話番号またはFAX番号	※相談日時の調整のご連絡をさせていただきますので必ずご記入ください
-----------------------------	-----------------------------------

※相談は平日のみとなります

希望の相談日	希望の時間帯
※申込日からおおむね1週間 以上先の日程でお願いします	※都合のよい時間帯を√してください(複数選択可能)
第一希望 月 日	<input type="checkbox"/> 10~11時 <input type="checkbox"/> 11~12時 <input type="checkbox"/> 13~14時 <input type="checkbox"/> 14~15時 <input type="checkbox"/> 15~16時
第二希望 月 日	<input type="checkbox"/> 10~11時 <input type="checkbox"/> 11~12時 <input type="checkbox"/> 13~14時 <input type="checkbox"/> 14~15時 <input type="checkbox"/> 15~16時
第三希望 月 日	<input type="checkbox"/> 10~11時 <input type="checkbox"/> 11~12時 <input type="checkbox"/> 13~14時 <input type="checkbox"/> 14~15時 <input type="checkbox"/> 15~16時

お申込み後、社会福祉協議会終活相談事業担当よりご連絡し、
相談日時等を調整させていただきますので、よろしく願いいたします

※お知らせいただいた個人情報は、本事業の運営のみに利用いたします