**福祉推進部　行き　　　　※日程と講師が確定後返信します。**

**FAX　048‐839‐4899**

申込日　　　年　　月　　日

**2020保障の見直し【個人相談会】申込書**

**単　協**　　　　　　　**担当事務局**　　　　　　　　　　**連絡先**　TEL　　　　－　　　　－

　　　　　　　　　　FAX　　　　－　　　　－

**◆　相談希望者　　　人**　（予定人数を記入して下さい）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主 催 者 |  | 連 絡 先 | お名前 |  |
| 電　話 |  |
| 希 望 日 時※最初の方の開始時間を記入して下さい。 | 第１希望　　　年　　　月　　　日（　　）　　　**：**　　　～ | ※ |
| 第2希望　　　年　　　月　　　日（　　）　　　**：**　　　～ | ※ |
| **1番**相談者　　　**：**　　 ～ |  | **4番**相談者　　　**：**　　 ～ |  |
| **2番**相談者　　　**：**　　 ～ |  | **5番**相談者**：** ～ |  |
| **3番**相談者　　　**：**　　 ～ |  | ※個人相談は、1人50分です。（休憩10分） |
| 会　場 | 住所電話 |
| 交通手段 | **※**一番行きやすいルートを記入して下さい。最寄駅　　　　　　　 線　　 　　　　　駅下車　※徒歩　　　　分　またはタクシー　　　　 分※バスの場合　　　　　　　　　　　　行き乗車　停留所　　　　　　 で下車　徒歩　　 　分 |
| その他 |  |

**※ライフプラン講座の前後に行う「個人相談」は、この申込書は不要です。講座申込書に「個人相談あり」とご記入ください。**

**※　FPの会 事務局記入欄**

□FAX

□ｺﾋﾟｰ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付日 | 年　 　 月　 　日（　　） | 確認印 |
| 決定通知 | 年　　 月　 　日（　　） | 確認印 |
| アドバイザー |  | 担当へ連絡 |