

このままFAXして下さい。



FAX:072-247-8568

## 成年後見支援センター クローバー 行

あなたのお名前		本人のお名前	
あなたと本人との関係			
相談内容			
以下のうち、あてはまるものがあれば選んで下さい。			
<input type="checkbox"/> 日常的に必要な買い物も自分でできない状態。			
<input type="checkbox"/> 日常的に必要な買い物くらいは一人できるが、自動車の売買などの重要な行為は一人でできない。			
<input type="checkbox"/> 自動車などの売買など重要な行為は一人でできないことはないが、一人するには不安が残る。			
<input type="checkbox"/> 今は元気だけど、将来困ったときに支援してもらいたい事と人をきめておきたい。			
施設を利用していますか？	はい ・ いいえ		
連絡先(電話番号)			

    **ご質問ありがとうございます。**    

**特定非営利活動法人シビルブレイン**