

年 月 日

大阪府法人後見バンク登録申請書

大阪府地域福祉推進室地域福祉課長 様

法人の所在地
申請者 名 称
代表者の職・氏名

印

当法人は、大阪府が実施する法定後見制度にかかる社会福祉法人等による法人後見バンクへ、以下のとおり、登録を申請します。

申請者	フリガナ			
	法人の名称			
	法人の所在地	(郵便番号 —) 都道府県 市区		
	代表者の職・氏名・生年月日	職 名		フリガナ
		生 年 月 日	年 月 日生	氏 名
	代表者の住所	(郵便番号 —) 都道府県 市区		
	電 話 番 号		F A X 番 号	
担当者の連絡先	(郵便番号 —)		電 話 番 号	

○法人後見業務担当

専 門 員	フリガナ		住所・ 連絡先	(〒 -)		
	氏名			電話番号		
	生年月日					
	他の職務との兼務状況(兼務がある場合のみ記入)					
	法人内での他の業務との兼務			職 種		
	研修登録番号			資 格 (登録番号)	()	
専 門 員	フリガナ		住所・ 連絡先	(〒 -)		
	氏名			電話番号		
	生年月日					
	他の職務との兼務状況(兼務がある場合のみ記入)					
	法人内での他の業務との兼務			職 種		
	研修登録番号			資 格 (登録番号)	()	
専 門 員	フリガナ		住所・ 連絡先	(〒 -)		
	氏名			電話番号		
	生年月日					
	他の職務との兼務状況(兼務がある場合のみ記入)					
	法人内での他の業務との兼務			職 種		
	研修登録番号			資 格 (登録番号)	()	
後見活動実施地域		①	②	③	④	⑤
		備考				

※記入欄が不足する場合は、行を追加するか別に記入した書類を添付してください。

○同一法人において既に指定を受けている事業等

サービス種別	事業所又は施設等名称 (事業所番号)	事業所又は施設所在地市町村
例) 介護老人福祉施設	特別養護老人ホーム〇〇 (2 7 × × × × × × × ×)	△△市

※複数対象がある場合、行を追加してください。