

FAXまたは郵送でお申し込みください。

F A X : 0 4 5 - 2 1 2 - 0 3 3 3

郵 送 : 〒231-0021 横浜市中区日本大通 9 番地

横浜弁護士会総合法律相談センター 宛

## 老人ホーム・病院に入居・入院されている方対象 無料法律相談会

貴病院・貴施設名	
ご住所	
ご連絡先	TEL FAX
ご担当者名	氏名 携帯電話
予定されている 相談者数	法律相談 名（内訳 入院患者・入居者 名、職員 名）
ご希望の開催日	※できるだけ複数ご記入ください（2か月以上先でお願いします）。 第1希望 平成 年 月 日 時 分～ 時 分 第2希望 平成 年 月 日 時 分～ 時 分 第3希望 平成 年 月 日 時 分～ 時 分
開催場所 （会議室等）	
その他（ご希望、 ご連絡事項等）	

お気軽にお申し込みください。受付後、担当弁護士からご連絡します。

※開催場所、相談者数、日程等の都合上、ご依頼に応じかねる場合がありますのでご了承ください。