

# 法律相談受付票

年 月 日

相談者についてご記入ください

法人種別	・社会福祉法人 ・医療法人 ・株式会社 ・その他 ( )		
法人名			
GH名	(ふりがな)	ユニット数・定員数	ユニット 名
		開設年月日	年 月 日
ご連絡先	〒		
	TEL :	FAX :	
相談者名 (役職名を明記)			
相談の概要			

以下は記入しないで下さい

相談日程	年 月 日 時 分 ~
相談担当者名	
回答の概要	
結果	a 終了                      b 継続                      c 受任                      d その他

〒160-0015 東京都新宿区大京町23-3 四谷オーキッドビル8F

FAX : 03 - 5366 - 2158

日本GH協記入欄

受付日                      年 月 日

日本GH協担当者