

被後見人情報管理票

K

(就任時 追加時 変更時)

一般社団法人 多摩南部成年後見センター 御中

記入日: 年 月 日

1. 基本事項(本人:)

住所 〒

生年月日 年 月 日
本籍
事件番号 年 (家) 第 号
後見人確定日 年 月 日
登記年月日 年 月 日
登記番号 第 - 号

筆頭者:

施設・病院の建物住所・名称

住所 〒

名称 担当者

TEL ()

FAX ()

入所日・入院日 年 月 日 (理由等:)

退所日・退院日 年 月 日 (施設・病院名:)

2. 後見人

住所 〒

氏名

TEL ()

携帯

FAX ()

3. 緊急連絡先(親族等)

(1) 住所 〒

氏名 続柄

TEL () FAX ()

携帯 E-mail

医療同意: 可・不可 / 葬送執行: 可・不可 / 遺骨引取り: 可・不可 / 相続財産引継ぎ: 可・不可

(2) 住所 〒

氏名 続柄

TEL () FAX ()

携帯 E-mail

医療同意: 可・不可 / 葬送執行: 可・不可 / 遺骨引取り: 可・不可 / 相続財産引継ぎ: 可・不可