

面会交流支援申込書

記入日 平成 年 月 日

弁護士法人 牛見総合法律事務所 御中

申込者 ふりがな

氏 名 _____ 印 (父・母)

生年月日 昭和・平成 年 月 日生 (歳)

住 所 〒 - _____

電話番号 携帯 () - 固定 () - _____

私は、貴社の面会交流支援事業の趣旨および内容を了解し、以下の未成年者について面会交流支援を申込みます。また、別紙「面会交流実施の要領」に誠実に従うことを誓約いたします。

1. 面会する未成年者

ふりがな 氏 名	生年月日 (年齢)	性別	現在の生活状況(同居人・その他)
	平成 年 月 日 (歳)	男・女	父・母・祖父・祖母・()
	平成 年 月 日 (歳)	男・女	父・母・祖父・祖母・()
	平成 年 月 日 (歳)	男・女	父・母・祖父・祖母・()

2. 面会交流支援の内容 (番号を○で囲む)

① 連絡調整型支援 ② 受け渡し型支援 ③ 付き添い型支援

3. 支援の条件 (番号を○で囲む)

【形態】 ① 短期面会交流 (最大2回まで) / ② 継続的面会交流 (原則最大2年まで)

【場所】 ① 面会交流室 (原則) その他 ()

【頻度・時間】 (月に 回程度・ 時間) 【期間】 (年間・まで)

下記の同意書欄に他方の父母の署名押印を得たうえで、FAX または郵送で送ってください。
自力でやり取りができない場合、申込書部分、同意書部分を各自で記入し送付しても構いません。

同意書

記入日 平成 年 月 日

私は、上記未成年者について、貴社の支援事業を利用して面会交流を行うことに同意します。
また、実施にあたっては、別紙「面会交流実施の要領」に誠実に従うことを誓約いたします。

ふりがな

氏 名 _____ 印 (父・母)

弁護士法人牛見総合法律事務所・面会交流支援事業係

〒753-0074 山口市中央5丁目2-34 セントラルビル5階

TEL 083-921-6377

FAX 083-921-6378