

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、貴事務所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、貴事務所の面会交流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、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