

※ 郵送での申込のみとなっておりますので、ご注意ください。

「福祉関係者のための成年後見活用講座」受講申込書

年 月 日

受講希望日

①（2月6，7日） か ②（3月6，7日） をご記入ください。
どちらでもよい場合はどちらでもよいに○をしてください。

第1希望 () 第2希望 ()
どちらでもよい ()

締切近くになりますと、ご希望に添えないこともあります。

ふりがな

氏 名 :

郵便番号 〒

住 所 :

自 宅 : TEL

FAX

E-mail

勤務先名称 :

勤務先住所 : 〒

勤務先 : TEL

FAX

資格・職種 :

(社会福祉士会会員の方は、必ず会員番号をご記入ください: _____)

当会からの連絡送付先 :

自宅

勤務先

(どちらかに丸をつけてください)

☆ 受講にあたって質問したいこと・ご要望がございましたら、具体的にご記入下さい。
なお、受講にあたり何らかの配慮が必要な場合はお手数ですが当会にご連絡ください。