

「福祉関係者のための成年後見活用講座」受講申込書(会員向)

(この用紙をコピーし、郵送してください)

年 月 日

受講希望日(か)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丸をしてください。)

第1希望() 第2希望()

どちらでもよい()

(ふりがな:)

氏名:

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:

協会からの連絡: 自宅

勤務先

(FAXでの連絡となります。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。