

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（ 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  
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 : T E L

F A X

E - m a i l

勤務先名称 :

勤務先住所 : 〒

勤務先 : T E L

F A X

資格・職種 :

会員番号 :

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。