

※ **郵 送** での申込のみとなっておりますので、ご注意下さい。

「支援者のための成年後見活用講座」受講申込書

年 月 日

受講日

2月18日（土）、19日（日）コースのご案内です。

＊ 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 :

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 :

社会福祉士会の会員の方は、必ず会員番号をご記入ください : _____

(※入会手続き中の方は、「入会手続き中」とご記入ください。)

当会からの受講決定通知書送付先 (どちらかに○してください) : 自宅 勤務先

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。