

美馬市市民後見人養成講座(基礎/実践研修)受講申込書

※直接または郵送、またはFAXにてお申し込みください。(FAX 0883-53-6475)

| | | | | |
|---------------------------------|--|---|----------|--------|
| ふりがな | | | 職 業 | |
| 氏 名 | | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 (歳) |
| 住 所 | 〒 徳島県美馬市 | | | |
| 連絡先 | 自宅 TEL | | 携帯 電話 | |
| 受講種別 | <input type="checkbox"/> 市民後見人として活動したい <input type="checkbox"/> 市民後見人養成講座のみ受講したい | | | |
| 本講座の受講動機をご記入ください。(横書き400字以内) | | | | |
| [Grid area for motivation text] | | | | |

※ご記入いただいた個人情報、美馬市社会福祉協議会が厳重に管理し、本講座にのみ使用し、ほかの用途に使用しません。