

第1期宮古圏域市民後見人養成講座 受講申込書

令和 6 年 月 日

氏 名	ふりがな	生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生 (歳)
現住所/ 連絡先	〒 - TEL (自宅) (携帯)		
勤務先/職種			
主な職歴			
資格・免許			
地域活動等 活動歴			
講座を知っ たきっかけ	<input type="checkbox"/> 市町村広報誌 <input type="checkbox"/> 市町村ホームページ <input type="checkbox"/> 社協ホームページ <input type="checkbox"/> 市内に配置してあるチラシ <input type="checkbox"/> その他 ()		
受講動機 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 市民後見人として活動したいため <input type="checkbox"/> 社会貢献のため <input type="checkbox"/> 成年後見制度に関心があるため <input type="checkbox"/> 成年後見制度に関する知識を得たいため <input type="checkbox"/> その他 ()		

※受講申込書に記載された個人情報については本講座の実施及び運営のみに使用させていただきます。

[申込先]

宮古圏域成年後見センター

(社会福祉法人宮古市社会福祉協議会)

〒027-0038 宮古市小山田二丁目9番20号

TEL: 0193-64-5051 FAX:0193-64-5055

受付印

申込期限：令和 6 年 11 月 29 日(金)まで (必着)