

【 FAX 092-584-3790 福岡県社協 権利擁護センター 折居 行】

## 令和6年度市民後見人養成研修会 参加申込書

社協名 \_\_\_\_\_ 社会福祉協議会

担当者名 \_\_\_\_\_

参加を希望する日程を下記から選択し、表の希望日程のどちらかに○をしてください。

A：第1回 令和6年7月20日（土）～9月14日（土）

B：第2回 令和6年11月2日（土）～12月21日（土）

希望日程	A（第1回）		B（第2回）	
ふりがな 本人氏名			S・H	年 月 日生 満（ ）歳
住所	〒			
連絡先	TEL			
メールアドレス				
登録予定	<input type="checkbox"/> あり（後見支援員・生活支援員）		<input type="checkbox"/> 未定	<input type="checkbox"/> なし
受講動機	<input type="checkbox"/> 市民後見人として活動したい <input type="checkbox"/> 親族を後見している（予定している） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
希望日程	A（第1回）		B（第2回）	
ふりがな 本人氏名			S・H	年 月 日生 満（ ）歳
住所	〒			
連絡先	TEL			
メールアドレス				
登録予定	<input type="checkbox"/> あり（後見支援員・生活支援員）		<input type="checkbox"/> 未定	<input type="checkbox"/> なし
受講動機	<input type="checkbox"/> 市民後見人として活動したい <input type="checkbox"/> 親族を後見している（予定している） <input type="checkbox"/> その他（ ）			