

令和4年度

きよせ市民後見人等養成講座 申込書

令和 年 月 日

ふりがな		生年月日	年	月	日
お名前		性別	年齢	満	歳
ご住所	〒 電話番号 () Eメール				
(市内在勤の方) ご所属					
社会福祉・医療・保健・教育に関する資格					
これまでの社会福祉との関わり（仕事・ボランティア・介護・学歴など）					
本講座修了後の活動希望（現時点での希望で構いません。いずれかに○をつけてください。） ・ 市民成年後見人 ・ 地域福祉権利擁護事業の生活支援員 ・ 権利擁護に関する地域でのボランティア活動					
受講理由					

受付日 月 日 受付番号 受付者