**（様式）　　　　　　　ＦＡＸ送信先：026－２６６－０３３９**

**「福祉関係者のための成年後見制度活用講座」**

**参加申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | |
| 職種/資格 |  | |
| 勤 務 先 |  | |
| 連 絡 先  （自宅・勤務先） | (住所) 〒　　　- | |
| ℡(　　　)　　　- | Fax(　　　)　　　- |
| ※１　受講費区分、次のいずれかを○で囲んでください。  ・　会　員（会員№　　 　　）　受講費：４,０００円  ・　現在入会手続中 受講費：４,０００円  ・　非会員　　　　　　　　　　　　　　　　　　受講費：7,０００円 | | |
| ※　受講費振込　　　　・振込予定期日：　　　　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　・振込名義人： | | |
| ※２　成年後見制度個別相談を希望される場合、時間帯を○で囲んでください。  　　　・初日16:00～　　・２日目 9:00～　　　　・２日目12:10～ | | |
| ※３　受講に当り質問等ありましたらご記入ください。 | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |