**ＦＡＸ送信先：026－２６６－０３３９**

**成年後見制度利用促進・権利擁護推進セミナー　申込書**

**長野県社会福祉士会御中**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所　属  （事業所名等） |  | |  |
| 住 所  連 絡 先 | (住所) 〒　　　- | | |
| ℡(　　　)　　　- | Fax(　　　)　　　- | |
| 参加者 | 氏　　　名 | 資　　格　　等 | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| １　シンポジウムで触れて欲しい内容・質問等書いてください            2　成年後見制度や権利擁護についてのご意見等書いてください。 | | | |

○　ここに記載された個人情報は本事業以外の目的で利用することはありません。