**社会福祉法人　福井県社会福祉協議会　地域福祉課　宮川行**

**（　FAX：0776-24-0041** **E-mail：siawase@f-shakyo.or.jp ）**

令和６年度 成年後見講座（入門編）　受講申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 申込団体名 | ※個人で申し込む場合は記入不要 |
| 住所 | （〒　　　－　　　　） |
| 申込担当者名 |  |
| 連絡先電話番号 | ※電話番号は平日日中連絡のつくものをご記入ください |
| 受講会場（いずれかに〇） | ・　嶺北会場（３/７） | ・　嶺南会場（２/２６） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | （ふりがな）参加希望者氏名 | 備　考※特に配慮が必要なこと等がありましたら、ご記入ください |
| 1 |  |  |
|  |
| 2 |  |  |
|  |
| 3 |  |  |
|  |

※ 本事業において本会が取得した個人情報は適正に利用し、本事業以外には利用しません。

※下記のURLまたは二次元コードを読み込んで申し込みしていただくことができます。

（上記の内容を入力できます。）

https://forms.gle/BgGXvtA7sSF7b3nA6