

平成29年度「成年後見制度活用講座」

参加申込書

(記入日 平成29年 月 日)

以下のとおり申し込みます。

1	フリガナ 氏名	(職種:)	<input type="checkbox"/> 社会福祉士会 会員
	勤務先名称	〒	
	住所 (受講証の送付先)	〒	
	電話/FAX	TEL	FAX
	備考	*受講にあたり特に配慮が必要な事等がありましたらご記入ください	
2	フリガナ 氏名	(職種:)	<input type="checkbox"/> 社会福祉士会 会員
	勤務先名称	〒	
	住所 (受講証の送付先)	〒	
	電話/FAX	TEL	FAX
	備考	*受講にあたり特に配慮が必要な事等がありましたらご記入ください	
質問事項等			

*お預かりした個人情報は当講座運営目的以外には使用致しません。

【申込方法】 必要事項をご記入の上、次の申込先まで郵送またはFAXにてお申込下さい。

【申込締切】 2017年5月31日(金)

*申込締切前でも定員となり次第締め切ります。お断りする場合のみ、こちらから連絡します。

【申込先】 公益社団法人佐賀県社会福祉士会 事務局 担当：三角・末崎

〒849-0935 佐賀県佐賀市八戸溝一丁目15番3号

TEL 0952-36-5833 FAX 0952-36-6263

E-mail: shadan-saga2@cosmos.ocn.ne.jp