



「法人後見実施のための研修会」申し込み用紙

申込日 年 月 日

◎申込先◎

〒040-0063

函館市若松町33番6号 函館市総合福祉センター（あいよる21）2階

函館市社会福祉協議会 函館市成年後見センター

TEL:0138-23-2600

FAX:0138-23-2611

◎申し込み方法◎

※下記の必要事項を記入し、
左記申込先まで、FAX・郵送にて
お申し込みください。

※電話での申し込みも可能です。
（電話受付時間:午前9時～午後5時）

※申し込みは、先着順といたします。

◎締切 平成30年11月21日(水)必着

個人申込書

(ふりがな) 氏名				
住所	〒			
連絡先 ☐ 自宅 ☐ 勤務先	自 宅	TEL FAX	勤務先	
	携帯電話			

団体または事業所申込書

(ふりがな) 団体名または事業所名				
団体・事業所先住所	〒			
連絡代表者氏名(ふりがな)				
連絡先	TEL		FAX	

参加希望者

	氏名(ふりがな)		氏名(ふりがな)
1		4	
2		5	
3		6	