|  |
| --- |
| 令和２年度成年後見制度市町村長申立推進研修会参加申込書  ＜提出先＞　新潟県社会福祉協議会　企画広報課（本間宛）  E-mail：kenriyougo@fukushiniigata.or.jp  ＦＡＸ：０２５－２８１－５５２８ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | | |
| 種　別  （☑を付記） | □市町村職員　　　　　　　　　□市町村社会福祉協議会職員  □地域包括支援センター職員　　□相談支援事業所職員  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 事業所所在  市町村 |  | | | |
| 連絡先 | ＴＥＬ | ＦＡＸ | | |
| メールアドレス |  | | | |
| 記入者名 |  | | | |
| 参加者氏名 | 氏　　名 | | 役職・職種名 | 業務経験  年数 |
|  | |  | 年 |
|  | |
|  | |  | 年 |
|  | |
| 講師への質問や制度、申立等における悩み事 |  | | | |

上記のとおり申し込みます。

令和２年　　月　　日