

令和6年度 成年後見実務者研修 参加申込書

1 参加者

所属機関・団体名			
電 話	() —		
FAX	() —		
メールアドレス	※受講決定通知・研修資料の送付先アドレスをご記入ください		
※必須			
職 名	氏 名	参加予定日 <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします	成年後見制度に係る 実務（後見活動）経験 の有無
		<input type="checkbox"/> 1日目 <input type="checkbox"/> 2日目 <input type="checkbox"/> 相談会	有り 無し
		<input type="checkbox"/> 1日目 <input type="checkbox"/> 2日目 <input type="checkbox"/> 相談会	有り 無し
		<input type="checkbox"/> 1日目 <input type="checkbox"/> 2日目 <input type="checkbox"/> 相談会	有り 無し

【定員40名】

2 研修会開催にあたり、研修内容のご希望・ご質問・配慮事項等があればご記入ください。

【ご質問・ご要望】
