

# 平成27年度 沖縄市法人後見サポーター養成講座 申込書

社会福祉法人 沖縄市社会福祉協議会会長 殿

受付日：平成27年 月 日 受付No. \_\_\_\_\_ ( )

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
住所		職業	
連絡先	電話① 電話② E-mail① E-mail②		
受講動機			
制度の概要について	<b>成年後見制度についてどの位知っていますか？</b> <input type="checkbox"/> まったく知らない <input type="checkbox"/> 聞いたことはあるが、内容は分からない <input type="checkbox"/> 内容を少し知っている <input type="checkbox"/> よく知っている <input type="checkbox"/> その他 ( )		
自己PR欄 ・ 社会活動歴等			

※ご記入の個人情報は選考資料としてのみ使用いたします。