**2016年度福岡県成年後見人**

**基本実務研修**

**名簿登録者で未受任の方　参加申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| お名前 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 |
| 日中の連絡先 | （自宅・職場・携帯）TEL |
| ご自宅 | 〒（　　　　　－　　　　　） |
| TEL | FAX |
| Eメール |
| 勤務先名 |  |
| 勤務先住所・連絡先 | 〒（　　　　　－　　　　　） |
| TEL | FAX |
| Eメール |
| 職　種 |  |
| 事前に質問事項があれば　　ご記入下さい。 |  |

**【申し込み先】**

公益社団法人福岡県社会福祉士会　事務局

〒８１２－００１１　　福岡県福岡市博多区博多駅前３－９－１２　アイビーコート５Ｆ

TEL　０９２－４８３－２９４４

FAX　０９２－４８３－３０３７

**【申し込み締め切り】　　　　　　２０１６年 １１月３０日 （水）　必着**