

# 令和6年度 燕市権利擁護支援者養成講座 受講申込書

希望コースの□にレ点を記入してください。

市民後見人養成コース

権利擁護支援基礎コース

令和 年 月 日現在

ふりがな			性別	写真 4cm×3cm  写真の裏に名前 を記入
氏名			男・女	
生年月日 (西暦)	年	月	日 (満 歳)	
ふりがな				
現住所	〒			
電話番号 (携帯電話)		FAX番号		
メールアドレス				
ふりがな				電話番号
連絡先	〒 (現住所以外に連絡を希望する場合のみ記入)			

職務経験	期 間	勤務先	職務内容	
	現在 又は最終	年 月 ~ 年 月 まで		
	その前	年 月 ~ 年 月 まで		
	その前	年 月 ~ 年 月 まで		
生活支援員	年 月 ~ 年 月 まで	燕市社会福祉協議会	日常生活自立支援事業	

資格等 <small>※証明する書類の 写しを添付</small>	種 類 ※□にレ点を記入してください。	取得年月日
	<input type="checkbox"/> 社会福祉士※「ばあとなあ新潟」に登録している方は除く	年 月 取得・取得見込
	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士	年 月 取得・取得見込
	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	年 月 取得・取得見込
	<input type="checkbox"/> 社会福祉主事	年 月 取得・取得見込
	<input type="checkbox"/> 相談支援専門員初任者研修修了	年 月 取得・取得見込

事務局へ予め伝えておくことがあればご記入ください。

同意される方は□にレ点を記入してください。

私は、開催要項の記載事項に同意のうえ受講を申し込みます。

※ご記入いただいた個人情報は、受講手続業務を行うためのみ利用し、他の用途に使用しません。

(事務局使用欄)

受講条件	<input type="checkbox"/> 該 当	整理番号
	<input type="checkbox"/> 非該当 (理由 : )	市 ・ 基 一