

令和7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	<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; text-align: center;"> 写真 4cm×3cm 写真の裏に名前 を記入 </div>
氏 名			男 ・ 女	
生年月日 (西暦)	年	月	日 (満 歳)	
ふりがな				
現住所 <small>※住民票記載の住所 例:○丁目○番地○号</small>	〒			
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	取得年月日		
	種 類 ※□にレ点を記入してください。			
	<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。				
<input type="checkbox"/> 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にのみ利用し、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