

静岡県社会福祉協議会 権利擁護課 行（送信票不要）

F A X 0 5 4 - 2 5 1 - 7 5 0 8

平成30年1月26日（金）までに御提出願います。※定員に達し次第締め切らせていただきます。

## 静岡県成年後見制度利用促進セミナー（第2弾） 参加申込書

所属機関名 \_\_\_\_\_

担当者 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり参加申込みします。

申込者氏名	職 名	備 考

※参加にあたって特に配慮が必要なことがありましたら備考にお書きください。

本セミナーで聞きたいこと、質問等をお書きください。