（宛先）盛岡広域成年後見センター　あて

　　　　　　FAX番号：019-656-0612

**「成年後見制度」出前講座申込書**

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講対象 |  | |
| 参加者数 | 名 | |
| 希望日時 | 第1希望 | 年　　月　　日（　　）　　時　　分　～　　時　　分 |
| 第2希望 | 年　　月　　日（　　）　　時　　分　～　　時　　分 |
| 実施場所 | 会場名 |  |
| 所在地 |  |
| 駐車場 | □有　・　□無　　　　※□にレでチェックしてください。 |
| 講座内容 | ※具体的な希望内容がある場合はご記入ください。 | |
| 連絡先 | 住所　〒  TEL　　　　　　　　　　　　　 FAX  メールアドレス | |
| 職　　名  担当者名（ﾌﾘｶﾞﾅ） | |
| その他  連絡事項 |  | |

＜お問合せ・お申込み＞

盛岡広域成年後見センター

〒020-0022　盛岡市大通一丁目１番１６号（岩手教育会館2階）

℡019-626-6112　　FAX019-656-0612