

(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	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ※ <input type="checkbox"/> 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 メールアドレス	FAX
	職 名 担当者名 (フリガナ)	
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)

TEL019-626-6112 FAX019-656-0612