

宛先：福岡市成年後見推進センター FAX： 092-734-2010

e-mail：kouken-c@fukuoka-shakyo.or.jp

出前講座申込書

	受付番号		受付日	月	日	(曜日)
申込日	令和	年	月	日		
団体名						
代表者氏名						
会合の名称						
連絡先	住所	〒				
		(電話 - /FAX -)				
	担当者氏名	(団体役職名等：)				
希望する講座 (複数可)	<input type="checkbox"/> 成年後見制度の概要について <input type="checkbox"/> 福岡市成年後見推進センターの業務について <input type="checkbox"/> その他 ()					
希望日時	第1希望	令和	年	月	日	() 時 分 ~ 時 分
	第2希望	令和	年	月	日	() 時 分 ~ 時 分
	第3希望	令和	年	月	日	() 時 分 ~ 時 分
会場	名称	(電話 -)				
	所在地	〒				
参加予定者数	人					
資料郵送先	会場と同じ ・ 連絡先と同じ ・ 下記のとおり 〒					
備考	<input type="checkbox"/> プロジェクターの使用を希望されますか？ する ・ しない <input type="checkbox"/> 配布資料の準備はお願いできますか？ 可 ・ 不可 <input type="checkbox"/> 駐車スペース (1台分) はありますか？ 有 ・ 無					

上記の太枠内のみご記入ください。(お申込みは、郵送・FAX・eメールでも結構です。)