

令和5年度 三島市市民後見人養成研修

受講申込書

本人直筆（黒ボールペン使用）でご記入ください。

フリガナ			
氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	年齢	歳
住所	〒 ー		
連絡先	(電話)	(携帯)	
主な資格	国家資格、福祉・医療等の資格（介護支援専門員、看護師等）をご記入ください。		
地域活動の実績	以下に該当するものを選択し、活動年数をご記入ください。（複数回答可）		
	<input type="checkbox"/> 地域の役員		年
	<input type="checkbox"/> 民生委員・児童委員		年
	<input type="checkbox"/> 生活支援員（日常生活自立支援事業）		年
	<input type="checkbox"/> ボランティア[分野： ]		年
	<input type="checkbox"/> 当事者支援団体		年
	<input type="checkbox"/> その他[ ]		年
主な職歴	会社名・業種	延勤続年数	勤務期間
	①	年	年～ 年まで
	②	年	年～ 年まで
	③	年	年～ 年まで
後見人等の受任状況	これまでに親族の後見人等を受任したことがある (または現在している)		<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
確認事項	市民後見人養成研修受講前説明動画を視聴済みである		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	市民後見人養成研修の受講要件にすべて該当する		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	市民後見人は「報酬を得ることを目的としない活動」と了解している		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
通信欄	(受講に際し配慮が必要な方は、その旨をご記入ください)		

(裏面に続きます。)

