

【送付先】（締切：令和5年5月11日（木）必着）

FAX : 0565-33-2346

Mail : vc@toyota-shakyo.jp

社会福祉法人 豊田市社会福祉協議会 行

とよた市民福祉大学(家庭介護コース) 受講申込書

申込日：令和 年 月 日

氏名	フリガナ	生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳) ※令和5年4月1日現在	
住所 (資料等送付先)	〒			
固定 電話	()	—	お住まいの中学校区	
携帯 電話	()	—	FAX	() —
E-mail アドレス	@			
これまでに地域組織や福祉関係の業務・役職に就かれた経験がございましたらご記入下さい。(例：自治区長、民生委員・児童委員、コミュニティ会議、地域会議委員、ヘルパー、ケースワーカーなど)				
就任年月日	退任年月日		職種・役職名	
年 月 日	年 月 日			
年 月 日	年 月 日			
年 月 日	年 月 日			
年 月 日	年 月 日			
受講に際して配慮が必要なことがございましたらご記入下さい。				
個人情報に関する同意について ※いずれかに○をお願いいたします。				
とよた市民福祉大学(家庭介護コース)修了後、豊田市社会福祉協議会から地域福祉活動に関する情報提供を行うことについて了承いたしますか？				
【 了承する / 了承しない 】				
受講申込者が令和5年3月31日現在において18歳未満の場合は、以下の欄に保護者の署名・捺印をお願いいたします。				
上記の者が「とよた市民福祉大学(家庭介護コース)」に参加することを承諾します。				
保護者氏名				
印				

裏面にも記入欄がございます。

