令和８年度 函南町　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。

ふりがな		性　別	□男　□女
氏　　名			
生年月日	□昭和　□平成 年　月　日	年　齢 ※R8年9月1日時点	歳
住　　所	〒　　－		
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）		
	□地域の役員		年
	□民生委員・児童委員		年
	□生活支援員（日常生活自立支援事業）		年
	□ボランティア[分野：　]		年
	□当事者支援団体		年
	□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（または現在受任している）	□ある　□ない
	市民後見人養成研修の受講要件にすべて該当する	□はい　□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	□はい　□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）

受講の動機をご記入ください。（150 字～200 字程度）　※本人直筆（黒ボールペン使用）

1											
					150						
							200				

※ご記入いただいた個人情報は市民後見人養成研修の運営管理にのみ利用させていただきます。

※申込期日：令和８年９月４日（金）　郵送（当日消印有効）または直接提出