※Googleフォームを利用できない場合、必要事項を入力の上、下記事務局宛にメールでお申込みください。

【締　切】令和6年12月20日(金)

【送信先】E-mail：backup\_center@dosyakyo.or.jp

北海道社会福祉協議会　権利擁護推進部　権利擁護課　中野宛

令和６年度市民後見人受任時研修 申込書（全２ページ）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 設問 |  | 回答 |
|  | メールアドレス |  |
| 1-1 | 所属先市町村名 |  |
| 1-2 | 所属名 |  |
| 1-3 | 所属先〒・住所 | 〒 |
| 1-4 | 申込担当者の氏名 |  |
| 1-5 | 申込担当者の部署名・職名 |  |
| 1-6 | 申込担当者の連絡先TEL |  |
| 2-1 | 支払担当者の氏名 |  |
| 2-2 | 支払担当者の連絡先TEL |  |
| 2-3 | 口座着金予定日 |  |
| 2-4 | 送金時依頼人名（フリガナ） |  |
| 2-5 | インボイス対応領収証の発行希望登録番号（「T」＋13桁の数字）※「希望する」「希望しない」のいずれかをチェック※登録番号：「希望する」を選択した場合のうち、適格請求書発行事業者登録済みの場合は入力 | □希望する→登録番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□希望しない |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 設問 |  | 回答 |
| 3-1 | 参加者［１人目］の氏名 |  |
|  | 〃　　　　の生年月日 |  |
| 3-2 | 参加者［２人目］の氏名 |  |
|  | 〃　　　　の生年月日 |  |
| 3-3 | 参加者［３人目］の氏名 |  |
|  | 〃　　　　の生年月日 |  |
| 3-4 | 参加者［４人目］の氏名 |  |
|  | 〃　　　　の生年月日 |  |
| 3-5 | 参加者［５人目］の氏名 |  |
|  | 〃　　　　の生年月日 |  |
| 3-6 | 参加者［６人目］の氏名 |  |
|  | 〃　　　　の生年月日 |  |
| 3-7 | 参加者［７人目］の氏名 |  |
|  | 〃　　　　の生年月日 |  |
| 3-8 | 参加者［８人目］の氏名 |  |
|  | 〃　　　　の生年月日 |  |
| 3-9 | 参加者［９人目］の氏名 |  |
|  | 〃　　　　の生年月日 |  |

※参加者が10人以上いる場合は、行を追加して入力してください。