平成２９年度　第２回日常生活自立支援事業（地域福祉権利擁護事業）

生活支援員養成研修 受講申込書

（ふりがな）			男　・　女
氏　　名			
生年月日	年　　月　　日	年齢	歳
住　　所	〒（　　－　　） 京都市　　区		
電話番号	（　　）		
昼間に連絡が可能な電話番号	（　　）		
FAX 番号	（　　）		
職　　業			
資格・免許等			
現在行っている福祉活動・ボランティア活動等			
備　　考	※何らかの配慮（手話通訳・点字資料の準備等）を要する場合は、その内容をお書きください。		

【受講申込書送付先】

社会福祉法人　京都市社会福祉協議会　地域福祉推進室 セーフティネット部

〒600-8127　京都市下京区西木屋町通上ノ口上る梅湊町８３番地の１

「ひと・まち交流館　京都」内

TEL　（075）354-8734　　FAX　（075）354-8737

申込者に関する個人情報は、本会及び京都市各区社会福祉協議会において、本研修関連のみに使用します。また、この管理及び取扱いは、本会の「個人情報保護に関する方針」に基づいて行い、無断で第三者に提供することはありません。