

令和元（2019）年度 第1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 (学区)		
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 生活支援部

〒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。