

芽室町市民後見人養成研修受講申込書兼誓約書

芽室町社会福祉協議会 会長 小椋孝雄 様

私は「芽室町市民後見人養成研修」を受講したく、下記のとおり、申し込みします。

なお、以下の事項について、虚偽がないことを誓約し、虚偽報告が判明した場合は、受講および修了を取り消されても異存ありません。

- ① 年齢25歳以上（令和4年4月1日現在）で、芽室町に在住しています。
- ② これまでに未成年後見人、成年後見人、保佐人、補助人を解任された経験はありません。
- ③ 過去（現在も含む）に破産の経歴はありません。

申込年月日：令和4年 月 日

ふりがな		連絡先
氏名		携帯電話
現住所	〒 -	
生年月日	□昭和・□平成 年 月 日生	満 歳
勤務先 / 職業	/	
主な職歴		
主な資格		
主な受講動機は、次のどれに該当しますか。（※複数選択可）		
<input type="checkbox"/> 1	市民後見人として活動するため	
<input type="checkbox"/> 2	自分や自分の家族・親族の「今後のため」に知識を得たい	
<input type="checkbox"/> 3	家族の事情、仕事や活動の中で、成年後見制度に関する知識が「今現在必要」である	
<input type="checkbox"/> 4	成年後見制度や市民後見人についての知識を身につけ、多くの人に広めたい	
<input type="checkbox"/> 5	その他（ ）	
受講を希望する理由（記載内容が長くなる場合は別紙にて提出してください）		

※ご記入いただきました氏名・住所その他の個人情報については、養成研修のために使用し、その他の目的で使用したり、第三者に提供することはありません。