



FAX 送付先 23-2615

社会福祉法人木更津市社会福祉協議会 行

ボランティア【傾聴】基礎・フォローアップ研修会 申込書

令和 年 月 日

※ 希望コースに○をつけてください

- ① 【基礎編】のみ受講 ()
- ② 【基礎編】と【フォローアップ編】の両方を受講 ()
- ③ 【フォローアップ編】のみ受講 (過去に基礎編を受講済みの方のみ選択できます) ()

(フリガナ)

〒

住所 氏名 男・女 年齢 歳

所属団体・学校・勤務先名

※市内在学在勤者のみ記入

電話番号 E-mail

他の参加者

住所	(フリガナ) 氏名	性別	年齢	希望 コース	所属団体・学校・勤務先名
		男・女			
		男・女			

通信欄

<個人情報の取り扱いについて>

ご記入いただいた情報は、本研修会の開催業務以外の目的には使用いたしません。