


地域福祉サポーター養成講座 申込用紙

ふりがな	
①氏名	
②生年月日	昭和・平成 年 月 日 歳
③性別	
④住所	〒 —
⑤電話	
⑥メールアドレス 右に記入または QR コード から空メールを送信	
⑦受講動機 (地域福祉活動やボランテ ィア活動など活動履歴があ る方はご記入ください)	
⑧上記の個人情報について、本会および地域福祉サポーター連絡会において、活動範 囲内で適正に使用させていただくことに同意します。 (どちらかに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください) <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない </div>	
(備考) 昼食は各自ご持参ください。	

※この応募用紙の個人情報については、本会個人情報保護規定に基づいて管理し、当該事業にのみ用いるものとします。

社会福祉法人所沢市社会福祉協議会

FAX:04-2925-3419