

受講申込書

成年後見実務研修に申し込みます。

〒 ()
住 所

電話番号 () - FAX番号 () -

フリガナ

氏 名

(複数で参加の場合は代表者氏名)

(計 名)

職業・所属団体等

(任意記入)

申込方法

下記申し込み先まで本申込書を郵送またはFAXでお送りください。
〒650-0017 神戸市中央区楠町2丁目2-3 兵庫県司法書士会館
公益社団法人 成年後見センター・リーガルサポート 兵庫支部
FAX 078-341-7035

* 本申込書にご記入いただいた個人情報は、当講座の運営及び当支部事業についての情報提供のために使用させていただくことがあります。

