

申込日: 令和 年 月 日

石垣市福祉総務課長 宛

団体等の名称:

代表者氏名:

住所:

連絡先（電話）:

（e-mail）:

担当者所属・氏名:

下記のとおり、石垣市成年後見支援センター出前講座を申し込みます。

日時	令和 年 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分 ~ 時 分
会場	(名称) (所在地) ※会場の使用料、また設備等に要する費用は申込者でご負担をお願いします。
参加人数	人
参加者の職種等	
備考	

【処理欄】 記入しないでください。

決裁	課長	課長補佐	係長	係
	期日	令和 年 月 日		

	受付印
受付者	

●問合せ・申込先 石垣市成年後見支援センター（石垣市役所福祉総務課内）

Tel 0980-87-5515 e-mail fukusoum@city.ishigaki.okinawa.jp