

# FAX

送信先

北中城村権利擁護支援センターひまわり  
FAX 番号：(098) 935-4603



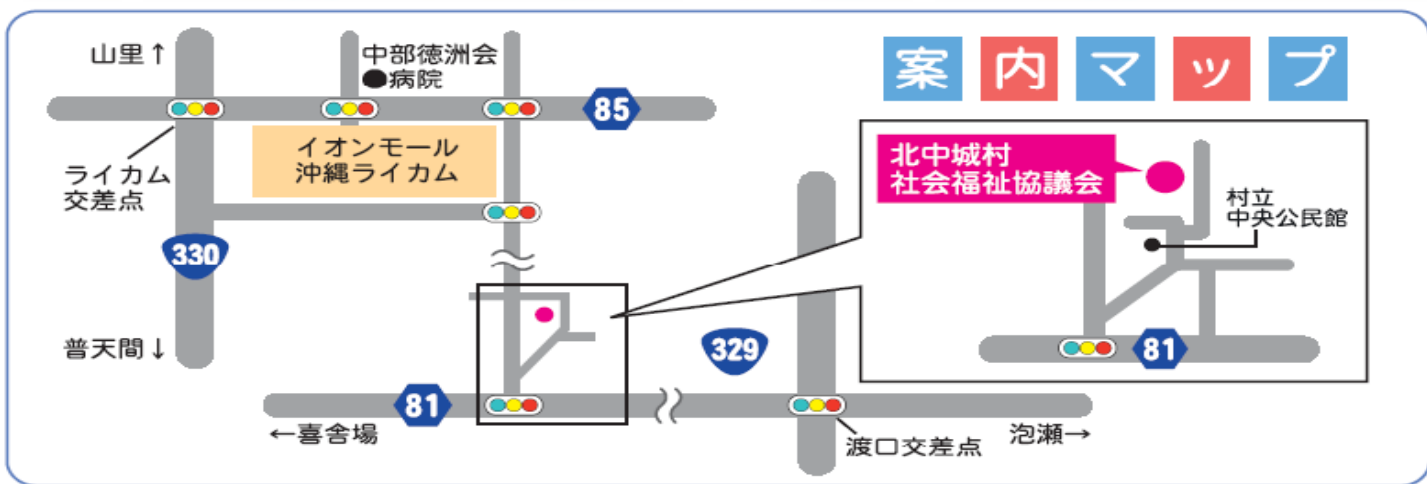
権利擁護の支援者養成研修「初級クラス」

受講申込書

お名前	(ふりがな)	年齢	歳
住所	〒 (      )	性別	男・女
連絡先	(      ) -	(自宅・勤務先・携帯)	
所属 (職種)	(会社・事業所・施設名等)		
	連絡先	(      ) -	

※当てはまる項目に、チェックをお願いします。  
村内在住者   村内在勤者   村外在住者   その他 (      )

※受講申込書にご記入していただいた個人情報は、本センターの研修以外の目的には使用いたしません。



## 研修会場

北中城村字仲順 451 番地  
(村総合社会福祉センター内)

事務局

社会福祉法人 北中城村社会福祉協議会  
北中城村権利擁護支援センターひまわり  
〒901-2303 北中城村字仲順 451 番地 (村総合社会福祉センター内)  
TEL：098-979-6110 FAX：098-935-4603 (担当：伊禮、高橋)

