令和７年度　県西部３市１町（磐田・袋井・湖西・森）

申込期日：令和７年８月８日（金）各市町担当窓口提出又はメール・郵送必着

市民後見人候補者養成講座（第４期）受講申込書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 生年月日  （年齢） | | | 昭和・平成　　年　　月　　日  （　　　　歳）R7.4.1現在 | | |
| 氏名 |  | |
| 性別 | | | 男　　・　　女 | | |
| 自宅 | 住所 | （〒　　　－　　　　　） | | | | | | |
| 電話（自宅） |  | 携帯（任意） | | | |  | |
| E-mail |  | | | | | | |
| 上記以外の連絡先を希望するかたのみ記入 | 住所 | （〒　　　－　　　　　） | | | | | | |
| 電話 |  | 携帯（任意） | | | |  | |
| 福祉活動・地域活動の実績 | 以下に該当するものを選択し、活動年数（通算）をご記入ください。（複数回答可） | | | | | | | |
| ①地域の役員（　　年）　　　　②民生委員・児童委員（　　年）  ③生活支援員（日常生活自立支援事業）（　　年）　　④当事者支援団体（　　年）  ⑤ボランティア〔分野・グループ名：　　　　　　　　　　　　〕（　　年）  ⑥その他〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕（　　年）  ⑦活動実績なし | | | | | | | |
| 職歴 | 以下に該当するものを選択してください。（複数回答可） | | | | | | | |
| ①高齢者福祉施設・介護サービス事業所　　②障害者福祉施設・障害サービス事業所  ③その他福祉施設〔　　　　　　　　　　　　　　〕　④医療機関　　⑤教育関係  ⑥公務員・公的機関　　⑦金融機関　　⑧自営業〔分野：　　　　　　　　　　　　　〕  ⑨企業〔分野：　　　　　　　　　　　　　〕　　⑩団体職員  ⑪その他〔　　　　　　　　　　　　　　　〕　　⑫職歴なし | | | | | | | |
| 上記で選択いただいたものの中から主な職歴をご記入ください。 | | | | | | | |
| 会社名・業種 | | | 年数 | 勤務期間 | | | |
| 例）□□株式会社 | | | 40年 | 昭和45年 から 平成22年まで | | | |
| ① | | | 年 | 年から　　　年まで／継続中 | | | |
| ② | | | 年 | 年から　　　年まで／継続中 | | | |
| ③ | | | 年 | 年から　　　年まで／継続中 | | | |
| 資格 | 各種国家資格、各種福祉・医療看護の公的・民間資格（介護支援専門員・相談支援専門員、社会福祉主事、訪問介護員（ホームヘルパー）、准看護師、臨床心理士等）をご記入ください | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 受任経験 | これまでに親族の後見人等を受任したことがある（または現在受任している） | | | | | | | ある ・ ない |
| 確認事項 | 事前説明会（日程）で説明された範囲の市民後見人の役割を理解している | | | | | | | はい ・ いいえ |
| 受講申込の段階で選考が行われることを了解している | | | | | | | はい ・ いいえ |
| 候補者養成講座の途中で選考が行われることを了解している | | | | | | | はい ・ いいえ |
| 備考  通信欄 | 候補者養成講座を受講するにあたり配慮が必要な事柄等がありましたらご記入ください | | | | | | | |

（裏面に続きます）

※ご記入いただいた個人情報は、市民後見人候補者養成講座の運営管理のみに使用させていただきます。

下記①と②両方のテーマについて、横書き400字以上500字以内でご記入ください。

（手書きの場合、１行30文字×15行で約450文字）

テーマ①　市民後見人候補者養成講座を受講する動機について

テーマ②　認知症の方や知的障がい者、精神障がい者と接する際に意識してきたこと、今後も意識したいこと

（これまでに接する機会がなかった方は、今後、どのように接していきたいかを記入）

【申込先】

　磐田市：〒438-0077　磐田市国府台57－7　ⅰプラザ1階　　磐田市成年後見支援センター（市社協内）

　袋井市：〒437-8666　袋井市新屋1丁目1-1　袋井市市民生活部しあわせ推進課　社会福祉係

　湖西市：〒431-0492　湖西市吉美3268番地　湖西市健康福祉部高齢者福祉課　高齢者政策係

　森　町：〒437-0215　森町森50-1　森町保健福祉センター内　森町福祉課　地域福祉係