|  |
| --- |
| 市民後見人候補者登録書 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 養成講座受講年度 |  　　　年度　　　　第　　　期生 | ※実践研修の修了年度を記載 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 【　　　年　　　月　　　日現在】 |  |  |  |  |  |
|  | 　　　　　　　　　　　　 | 住所 | 丸亀市 |
| 生年月日 | 　　年　　月　　日（　　歳） | 電話番号 | 　 |
| 性　　別 | 男　　・　　女 | 携帯電話 | 　 |
| mail | 　 |
| 　 | 年月・期間 | 内容 | 備考 |
| 経歴 | 　 | 最終学歴 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 職歴 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 所有する資格・免許 | 名称 | 取得年月日 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| 　 | 　 |
| ※記載内容に虚偽があった場合は、登録を取り消す場合があります。 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 社会奉仕活動経験現在の役職や活動(年数も記入） | 　 |
| 健康状態 | 良　・　不良 | 既往歴 | 　 |
| 健康面で不安なこと等あればご記入ください | 　 |
| 趣味・特技 | 　 |
| 希望対象者 | 　□　認知症高齢者　　　□　若年性認知症患者 |
| 　 |
| 　□　知的障がい者　　　□　精神障がい者 |
| 　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　□　男性　　　　　　□　女性　　　　　　□　どちらでも対応可 |
| 受任の意向 | 　□　すぐに受任可能 |
| 　□　今は難しいが、将来的に受任可能（　　　　　　　頃から受任可能） |
| ※意向に添えない場合があります。ご了承ください。 |
| 家族構成 | 氏名 | 続柄 | 氏名 | 続柄 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 緊急連絡先 |
| 氏名 | 　 | 続柄 | 　 |
| 住所 | 　 | 連絡先 | 　 |
| その他 | 　 |
| ※ご記入いただいた個人情報は市民後見人養成事業のために利用し、他の用途に使用しません。 |