

山口県社協 生活支援班 行

FAX 083-922-1295

## 矯正施設見学会 参加申込書

所属先機関名	
担当者名	
所属先又は自宅住所	
電話番号	
FAX番号	

標記見学会に申し込みます。

### 記

氏 名	役職名
(例) 山 口 太 郎      (男)・女(55歳)	施設長
男・女(    歳)	
見学会の参加が不可になった場合、同日開催の勉強会のみ参加	
希望する	希望しない

#### 【留意事項】

- ・ 所属先から申し込まれる方は、所属先機関名、担当者、所属先住所、電話番号、FAX番号を必ず明記してください。
- ・ 個人で申し込まれる方は、自宅住所、電話番号、FAX番号を必ず明記してください。
- ・ 申し込みの定員を超えた場合、これまでの参加申込状況等により調整させていただくことがあります。
- ・ 施設見学のみ参加は原則お断りさせていただきます。「施設見学会」には勉強会も含まれます。
- ・ 人数の関係上、矯正施設の見学に参加が否になった方でも、勉強会のみ参加が可能な場合もありますので、勉強会への参加希望についても併せてご記入ください。
- ・ 参加の可否については、8月24日(金)までにFAXにより通知します。
- ・ 「参加申込書」に記載された個人や所属先の情報は、矯正施設に提供する他、本事業の運営に必要な範囲内で使用させていただきます。

申込締切 平成30年8月17日(金)まで