

ファシリテーター／地域アドバイザー登録承諾書

記入日 年 月 日

ふりがな 氏名		生年月日	
所属		役職	
所属先住所	〒 —		
所属先 電話番号	— —	所属先 F A X	— —
自宅住所	〒 —		
電話番号 (自宅)	— —	電話番号 (携帯)	— —
メー ル			
振込先口座	銀行 信金	支店名	
フリガナ 口座名義		口座番号	普通)
※謝金辞退の方は、口座を記入せず「謝金辞退」とご記入ください。※本会での源泉徴収を基本とします。不要の場合はその旨を名義枠に記載してください。			
専門領域・ 関連資格等			
職 歴			
署 名 欄	<input type="checkbox"/> ケアラー支援推進センターのファシリテーターおよび地域アドバイザーへの登録を 了承します。また、本センターホームページの「ファシリテーター／地域アドバイザ ー名簿」に氏名等を掲載することについても、了承します。 令和 年 月 日 署名 _____ ※本欄は自著での記入をお願いします		

○ご記入いただいた個人情報のうち、氏名・所属・役職については、事業報告関係資料等に掲載させていただきます。自宅住所・振込先口座情報等は、本人への連絡および謝礼旅費振込のために使用いたします。専門領域や職歴等は指導者紹介に使用させていただくことがございます。差し支えない範囲でご記入ください。

○本センターHPへの掲載は、氏名・所属・役職・所属先市町村名を予定しています。また、HP掲載時には、直接ご本人への連絡は行わないよう注意書きを掲載します。