

石川県母子家庭等就業支援講習会受講申込書

年 月 日

公益財団法人石川県母子寡婦福祉連合会長 殿

No. _____

講習種目	介護福祉士実務者研修講習会(七尾市のとじま)		
介護資格の有・無	◎有 ・ヘルパー2級・介護職員初任者研修修了(修了年度 年度、主催者名) ・介護業務従事年数(年)、施設名称() ◎無		
ふりがな	(母 子 ・ 父 子 ・ 寡 婦)		
氏 名	(生年月日: 年 月 日 ・ 満 才)		
住 所	〒()		
電 話	(自宅)	(携帯電話)	
メールアドレス			
ひとり親家庭等になった時期等	年 月 日	(年 か月経過)	
	上記の日にあなたが養育していた一番下のお子さんの年齢 (歳)		
保育利用	保育は行いません		
勤務形態	・有職(正社員 , 契約社員 , パート アルバイト , 自営) ・無職		
受講動機	1. 就業したい 2. 現在の仕事に役立てたい 3. 資格を習得して将来にそなえたい 4. その他()		
この講習会を何で知りましたか?	1. 県・市町の広報・窓口 2. 母子父子自立支援員 3. 母子会員 4. ホームページ 5. SNS(LINE Facebook Instagram) 6. ハローワーク 7. その他()		