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	医療事務（金沢市教育プラザ富樫）
ふりがな 氏　　名	（ 母 子 ・ 父 子 ・ 寡 婦 ） （生年月日:　　年　　月　　日 ・ 満　　才）
住　　所	〒（　　ー　　）
電　話 メールアドレス	（自宅）　　（携帯電話）
母子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 (利用については常時保育希望の方に限ります。)	1．希望しない 2．希望する　　年齢　（　　歳　　ヶ月　男 ・ 女 ） 年齢　（　　歳　　ヶ月　男 ・ 女 ） 年齢　（　　歳　　ヶ月　男 ・ 女 ）
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（　　）