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

	r
N	\sim
ı١	()

講習種目	医師事務作業補助(母子・父子福祉センター)
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	
受講資格	・医療事務講習会修了(修了年度 年、主催者名) 又は医療事務職従事経験者
ひとり親家庭等	年 月 日 (年か月経過)
に なった時期等	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)
	1. 希望しない
保育利用 (利用について	2. 希望する 年齢 (歳 ヶ月 男・女)
は常時保育希望の方に限ります)	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()
➤の護羽仝を何で	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()