

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	簿記基礎（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						
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 (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()				