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（母子・父子福祉センター）
ふりがな 氏　　名	（母子・父子・寡婦） （生年月日：　　年　　月　　日・満　　才）
住　　所	〒（　　－　　）
電話番号 メールアドレス	
介護資格の有・無	◎有　※所持資格にチェックを入れてください □ホームヘルパー2級　□介護職員初任者研修修了 ◎無
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（　　）