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	〒(　　－　　)
電　話 メールアドレス	(自宅)　　(携帯電話)
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(　　)