

家庭生活支援員養成研修申込書

栃木県ひとり親家庭福祉連合会へ郵送又は FAX(028-665-7802)でお申し込みください。

申込日：令和 年 月 日

ふりがな 氏名	母子家庭の母 ・ 寡婦 ※ 該当する方は○をお付けください
住所	〒
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
電話	自宅
	携帯電話
メールアドレス	
介護資格	有 () ・ 無 ※ 〈有〉の方は ()の中にホームヘルパー○級、介護職員初任者研修 介護福祉士等の介護にかかわる有資格名をご記入ください。
職業	該当する項目に○をつけてください。 正社員・正社員以外・パート・無職・その他 () 職種：事務・製造・販売・その他 ()
受講志望動機	
託児希望	有 ・ 無 ※ 〈有〉の方は子の年齢、性別をお書きください。
処 理 欄	

注：受講志望動機欄には、今回の家庭生活支援員養成研修に応募した動機について、簡単にご記入ください。