

# 2019年度 介護員養成研修(初任者研修課程) 申込受付用紙

※下記太枠内にご記入の上、

(公財)栃木県ひとり親家庭福祉連合会まで送信してください。

**FAX 028-665-7802**

ふりがな 氏名	( 歳)	母子・父子・寡婦 (いずれかに○)
住所	〒	
連絡先	電話 ( )	
	携帯 ( )	
	FAX ( )	
	メルアド	
4/20面接 託児希望	なし・あり お子さんの 〔年齢： 〕〔年齢： 〕〔年齢： 〕〔年齢： 〕 〔性別： 〕〔性別： 〕〔性別： 〕〔性別： 〕	
研修時 託児希望	なし・あり	

## 注意事項

- ・応募書類については、後日郵送となりますので必ずご返送ください。
- ・お申し込み後、辞退する場合は必ずご連絡ください。