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〇級、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。