

家庭生活支援員養成講習会申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人 茨城県母子寡婦福祉連合会 殿

ふりがな		生年月日	昭和 平成
氏名			年 月 日 (歳)
住所等	郵便番号 — 電話番号 () —		
	メールアドレス		
手当等の受給状況	*該当の番号に○をつけて下さい。 1 児童扶養手当 2 遺族年金 3 年金 4 その他の手当() 5 なし		

- 申込期限 令和5年9月7日
- 交通費支給(一部)には条件があります(条件に合わない場合、交通費は全額自己負担となります)
- 室内及び敷地内は禁煙です。(駐車場の車の中でも喫煙は禁止です)
- 託児を希望する場合、お知らせしたいことあれば事前に連絡ください。

託児利用 する しない いずれかに○

性別	氏 名	ふりがな	年 齢

*託児利用できるのは2歳以上となります。

注意事項を了承の上申込します 令和 年 月 日

氏名

申し込み方法 下記宛郵送または FAX で申し込んでください

〒 310-0065 水戸市八幡町 11-52

社会福祉法人 茨城県母子寡婦福祉連合会

母子・父子福祉センター

TEL 029-221-8497 FAX 029-221-8618