

◆ 令和3年度 母子家庭等自立促進講習会 ◆

対象者：母子家庭の母、父子家庭の父及び寡婦の方

種 目	介護職員初任者研修	調剤薬局事務講座
期 間	令和3年6月13日～14日間 日曜日のみ レポート提出4回 (6/13,20,27, 7/4,11,18, 8/1,8,22,29, 9/5,19,26,10/3)	令和3年11月14日～8日間 日曜日のみ (11/14,21,28 12/5,12,19 1/9,16) 調剤薬局事務管理士 試験日 令和4年1月22日(土)
時 間	9:00～17:00(昼休み1時間) 〈内容により短縮されます〉	10:00～16:00 (昼休み1時間)
受講料 無料	但し、テキスト代の一部6,000円及びボランティア保険は自己負担となります。	但し、テキスト代の一部3,000円及びボランティア保険、試験代(6,500円)は自己負担となります。
募集人員	20名	20名
申込期限	5月28日(消印有効)	10月29日(消印有効)
選考方法	抽選になります。	
講習会場	水戸市八幡町11-52 茨城県母子寡婦福祉連合会 ラーク・ハイツ会議室	
託児有	但し(2歳児以上) ひとり親家庭等日常生活支援事業を活用します。所得に応じて自己負担が必要となる場合があります。	

申込/問合せ 〒310-0065 水戸市八幡町11-52
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
E-mail bosinoie@pastel.ocn.ne.jp

令和3年度 母子家庭等自立促進講習会申込書

介護職員初任者研修 する しない (申込期限 5/28)

調剤薬局事務講座 する しない (申込期限 10/29)

下記枠内にご記入の上、社会福祉法人茨城県母子寡婦福祉連合会へ申し込んでください。

ふり 氏名	年 月 日 (歳)	母子・父子・寡婦 (いずれかに○)
住 所	〒	
連絡先	電 話 — —	
	携 帯 — —	
	F A X — —	
講習時 の託児希望	ふり 氏名 年齢 才 性別 男 女	
有 無	ふり 氏名 年齢 才 性別 男 女	
	ふり 氏名 年齢 才 性別 男 女	

※ 選考は抽選となります。

※ FAX 又は郵送にて申し込んでください。

社会福祉法人茨城県母子寡婦福祉連合会

〒313-0065 水戸市八幡町 11-52

TEL 029-221-8497

FAX 029-221-8618