2019年度　医療事務研修（医科コース）　申込用紙

※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	
7/13面接 託児希望	なし ・ あり　　お子さんの 〔年齢： 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。