

令和4年度就業支援講習会 申込用紙

※講習会ご希望の方は、下記ご記入の上、

(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

科 目	講 習 場 所
介護職員初任者研修 (株式会社 ニチイ学館)	・宇都宮 ・真 岡 ・小 山 ・栃 木 ・足 利
医療事務 (株式会社 ニチイ学館)	・宇都宮 ・小 山
調剤薬局事務 (株式会社 ニチイ学館)	・宇都宮 ・小 山

※希望する科目、講習場所に○をつけてください。

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 E-mail	
職 業	・無職      ・パート      ・派遣社員      ・正社員	
備 考		

※FAX受領後、面接等のご連絡をいたします。備考欄に折り返しの電話のご希望時間等ありましたら記入方願います。火曜日から日曜日(祝日除く)8:45~16:45の範囲でお願いします。