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、介護職員初任者研修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、性別をお書きください。 |
| 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。