**平成29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下さい。

**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 | |
| 7/15面接  託児希望 | お子さんの  なし ・ あり　　　 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。