**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。