

(別記様式第1号)

石川県母子家庭等就業支援講習会受講申込書

年 月 日

公益財団法人石川県母子寡婦福祉連合会長 殿

No. _____

講習種目	調剤薬局事務講習会(母子・父子福祉センター)		
ふりがな 氏名	(母子・父子・寡婦) (生年月日: 年 月 日・満 才)		
住所	〒()		
連絡先	(自宅)	(携帯電話)	
母子家庭になった時期等	昭和・平成 年 月 日 (年 か月経過)		
保育利用	1. 希望しない		
	2. 希望する	ふりがな 児童名
		生年月日	(平成 年 月 日生 歳 男・女)
		ふりがな 児童名
		生年月日	(平成 年 月 日生 歳 男・女)
勤務形態	1. 正社員 2. 契約社員 3. パート・アルバイト 4. 自営 5. 内職 6. 無職 7. その他()		
職業	1. 事務職 (受付・一般事務・経理事務等) 2. 専門・技術職 (教員・看護婦・保育士・プログラマー・栄養士等) 3. 販売・営業職 (レジ・店員・保険外交員等) 4. サービス業 (ウェイトレス・調理員・清掃員・介護員等) 5. 技能・労務職 (製造組立工・縫製工・トレース・配達員等) 6. その他 ()		
受講動機	1. 就業したい 2. 現在の仕事に役立てたい 3. 家庭生活に役立てたい 4. 資格を習得して将来にそなえたい 5. その他()		
この講習会を何で 知りましたか?	1. 県・郡市町の広報 2. 新聞・雑誌 3. テレビ・ラジオ 4. 母子会員 5. 郡市町役場 6. 母子自立支援員 7. ホームページ 8. その他()		