

令和6年度 母子家庭等自立促進講習

調剤薬局事務講座申込書

下記枠内にご記入の上、社会福祉法人茨城県母子寡婦福祉連合会へ申し込んでください。

ふりがな 氏名	S・H 年 月 日 (歳)	母子・父子・寡婦 ひとり親となって 年
住所	〒 —	
連絡先 メールアドレス	— @	
講習時託児希望 有・無	ふりがな 氏名	年齢 才 男・女
	ふりがな 氏名	年齢 才 男・女
	託児を希望するに当たりお知らせしたいことがありましたらご記入ください。 ()	

※ 選考は応募多数の場合抽選となります。

もし、抽選で外れてしまった後受講予定者にキャンセルが出た場合受講を希望しますか。
(連絡が前日になることもあります)

希望する ・ 希望しない (どちらにも○が無い場合は希望しないとみなします)

※ FAX 又は郵送にて申込んでください。

※ 裏面に書いてある注意事項を読み了承した上で申込みください。

注意事項を了承の上申込みします。 令和 年 月 日

氏名 _____

申込/問合せ先 〒310-0065 水戸市八幡町 11-52

社会福祉法人 茨城県母子寡婦福祉連合会 母子・父子福祉センター

TEL 029-221-8497

FAX 029-221-8618

E-mail bosinoie.yt@globe.ocn.ne.jp