

若年母子家庭セミナー参加申込書

ふりがな			昭和 平成
氏 名			年 月 日 (歳)
料理に参加 するお子様	ふりがな 名前	男・女	ふりがな 名前
	歳		歳
住所等	郵便番号 - 電話番号() -		
	メールアドレス @		
開催日・開催場所			申込期限
10月26日(日) 水戸市八幡町11-52 ラーク・ハイツ会議室			10月15日
託児を希望される方は記入してください <u>(ひとり親家庭のお子さんで2歳～小学生まで)</u> 離婚： 年 月			
お子様	ふりがな 氏名	年齢 才	ふりがな 氏名
		性別 男・女	
		年齢 才	
		性別 男・女	
※日常生活支援事業の事前登録が必要です			
申し込み方法 下記宛郵送またはFAXで申し込んでください			
〒 310-0065 水戸市八幡町11-52 ラーク・ハイツ内 社会福祉法人 茨城県母子寡婦福祉連合会 TEL 029-221-8497 FAX 029-221-8618			