令和4年度就業支援講習会受講申込書

講座名	医療事務		
会 場	日南テクノセンター		
ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日生　（満　　歳）
住所	〒　　－ TEL　（　　）　　－ 携　帯　（　　）　　－		
勤務先	（勤務年数　　年、勤務時間　　～　　） 正社員・パート　（職種）　TEL　（　　）　－		
無職の方	就職希望職種は（事務職　・　営業職　・　介護職　・　その他） 現在は無職だが、前職は　　年から　　年まで勤務していた。		
有職の方で転職を希望している	はい・いいえ	資格取得のために受講したい	はい・いいえ
子供の状況	人　　歳	今回の講習には託児はございませんので ご了承ください。	
ひとり親家庭になった日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日　**★必ずご記入ください**		
かつて母子家庭であった寡婦	はい　・　いいえ		
児童扶養手当の受給の　有　無	有　・　無		
母子父子世帯医療費受給資格証の　有　無	有　・　無		
過去における県母子寡婦福祉連合会主催の講習会に参加したことが	有　・　無		
上記に「有」とした方 参加した年及び受講名	平成・令和　　年(頃)　（　　）		
（今回講習を申し込まれた理由を書いてください。）　**記入欄が不足する場合は、裏面を使用してください。**			
母子会入会	1、入会している　　2、入会していない		

※申込みいただいた個人情報は活動目的以外では使用することはありません。

一般財団法人宮崎県母子寡婦福祉連合会