

生活支援員養成講習会申込書

沖縄県母子寡婦福祉連合会 会長 殿

令和 年 月 日

本人	ふりがな	生年月日		年 令
	氏 名	昭和・平成 年 月 日 (才)		
	住 所	(千)		
		自宅電話		
		(アパート名、棟番号記入漏れのないように)		
		携帯電話		
	就 労 中	(職場名)	(職種)	職場電話
無 職	これまでの勤務経験等 平成 年から 平成 年 月			
	最終学校名			
	免許・資格			
確認事項	ひとり親家庭になった年月 昭和・平成 年 月			
	添付書類	☐ 児童扶養手当証書 ☐ ひとり親家庭等医療費受給者証 ☐ 戸籍謄本		
他	母子会への加入年	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月		
受講にあたっての志望動機				

※県母母子寡婦福祉連合会あてFAXまたは郵送下さい。

FAX 098-887-4091