

令和7年度
徳島県母子家庭等就業・自立支援センター就業支援講習会
受講申込書

| | | | | | |
|-------------------------------|---|-----------------------|-------------------------------------|------------------------------|------|
| | | 受付 | 令和 年 月 日 | | |
| ふりがな 氏名 | | | 西暦 | 年 月 日 | 年齢 歳 |
| 現住所 | 〒 - - | | | 母子・父子・寡婦 | |
| 平日の昼連絡の とれる電話番号 | - - | | メール アドレス | | |
| 職業／職種 (勤務先) | | | 転職希望 就労支援 | ある・ない 希望する・希望しない | |
| 現在の就業形態等 | 正規職員・常勤・非常勤・臨時職員・パート・派遣 失業中・その他() | | | | |
| ひとり親になった日 | 平成・令和 年 月 日 | | | | |
| 希望講習及び会場 ※○で囲む | 調剤薬局事務 阿南会場 徳島会場 | 介護職員 初任者研修 | 就職支援セミナー 9/30・10/25・10/30 | | |
| 情報入手先 | ①HP ②LINE ③母子・父子自立支援員 ④市町村 ⑤知人からの紹介 ⑥その他() | | | | |
| 過去の講習受講 | 有・無 | 児童扶養手当受給 | 有・無 | 母子会会員状況 会員・非会員 | |
| 生計を一に している 同居者氏名 | ふりがな 氏名 | 続柄 | 性別 | 生年月日 | 年齢 |
| | | | 男・女 | S・H・R 年 月 日 | |
| | | | 男・女 | S・H・R 年 月 日 | |
| | | | 男・女 | S・H・R 年 月 日 | |
| 保育の申込 (希望する方のみご記入下さい) ※原則3歳以上 | | | | | |
| ふりがな 保育児童氏名 | 学校名等 | 生年月日 | | 保育に当たっての留意事項 (アレルギーの有無など) | |
| | | H・R 年 月 日 | | | |
| | | H・R 年 月 日 | | | |
| 現在、受講している職業訓練や講習 会 | 講習名 | | | | |
| 持っている資格 | | | | | |