

## 令和3年度 母子家庭等自立促進講習会

対象者：母子家庭の母、父子家庭の父及び寡婦の方

種 目	介護職員初任者研修	調剤薬局事務講座
期 間	令和3年6月13日～14日間 日曜日のみ レポート提出4回 (6/13,20,27, 7/4,11,18, 8/1,8,22,29, 9/5,19,26, 10/3)	令和3年11月14日～8日間 日曜日のみ (11/14,21,28 12/5,12,19 1/9,16) 調剤薬局事務管理士 試験日 令和4年1月22日(土)
時 間	9:00～17:00(昼休み1時間) 〈内容により短縮されます〉	10:00～16:00 (昼休み1時間)
受講料 無料	但し、テキスト代の一部6,000円及びホムラソティア保険は自己負担となります。	但し、テキスト代の一部3,000円及びホムラソティア保険、試験代(6,500円)は自己負担となります。
募集人員	20名	20名
申込期限	5月28日(消印有効)	10月29日(消印有効)
選考方法	抽選になります。	
講習会場	水戸市八幡町11-52 茨城県母子寡婦福祉連合会 ラーク・ハイツ会議室	
託児有	但し(2歳児以上) ひとり親家庭等日常生活支援事業を活用します。所得に応じて自己負担が必要となる場合があります。	

申込/問合せ先 〒310-0065 水戸市八幡町11-52  
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@pastel.ocn.ne.jp

## 令和 3 年度 母子家庭等自立促進講習会申込書

介護職員初任者研修            する            しない    (申込期限 5/28)

調剤薬局事務講座            する            しない    (申込期限 10/29)

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		母子・父子・寡婦  (いずれかに○)
住所	〒	
連絡先	電 話            —            —	
	携 帯            —            —	
	F A X            —            —	
講習時 の託児希望	ふりがな 氏名            年齢    才            性別    男    女	
有    無	ふりがな 氏名            年齢    才            性別    男    女	
	ふりがな 氏名            年齢    才            性別    男    女	

※ 選考は抽選となります。

※ FAX 又は郵送にて申し込んでください。

社会福祉法人茨城県母子寡婦福祉連合会

〒313-0065 水戸市八幡町 11-52

TEL 029-221-8497

FAX 029-221-8618