

※送信面にご注意ください。

送信後、FAXが届いているか、確認の電話をお願いします。 TEL 029-221-8497

## 令和4年度「パソコン講習会」申込書

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お申し込みください。

ふりがな お名前	生年月日・年齢 昭和・平成 年 月 日生 歳		
住 所	〒 -		
連絡先 ※日中連絡がとれる 電話番号			
現在の就労状況	正社員 ・ パート ・ 派遣 ・ 自営 ・ 求職中 その他 ( )		
パソコンレベル ※□にレ印を入れてください。	<input type="checkbox"/> パソコンの起動と終了ができる <input type="checkbox"/> マウス操作(クリック・ドラッグ等)ができる <input type="checkbox"/> キーボードでローマ字入力ができる <input type="checkbox"/> Wordを使って(ビジネス)文書作成ができる		
託児希望 有り ・ 無し ふりがな お子様の名前	性別 男・女	年齢 才 ヶ月	
託児希望 有り ・ 無し ふりがな お子様の名前	性別 男・女	年齢 才 ヶ月	
保育で気をつけてほしい事(任意)→			

※2歳児以上小学生まで。コロナ禍のため、定員やお子様の健康状態、または、受け入れ態勢の都合により、利用をお断りすることも考えられますので、何卒ご容赦願います。

なお、保育に配慮が必要な場合は、お申し出ください。

※もし、抽選で外れてしまった後、受講予定者にキャンセルが出た場合、受講を希望しますか(連絡が前日になることもあります)。

希望する・希望しない (どちらにも○が無い場合は希望しないとみなします)

### 【注意事項】

- 途中、都合により受講できなくなった場合でもテキスト代の返金はありません。
- 室内及び敷地内は禁煙です(駐車場の車の中でも喫煙は禁止です)。
- 受講決定してからのキャンセルの場合は電話連絡をお願いします。
- 託児を希望する場合、お知らせしたいことがあれば事前にご連絡ください。

上記のことを了承の上、申し込みします。

令和 年 月 日 氏名

※ご記入いただいた個人情報は、当講習会業務の目的以外には使用いたしません。