

※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 029-233-2355

平成29年度「パソコン初級講習会」申込書

託児の希望 はい・いいえ

お子様の名前	ふりがな	性別	年齢
			才 ヶ月
			才 ヶ月

ふりがな		生年月日・年齢
お名前		昭和・平成 年 月 日生 歳
住所	〒 _____	
連絡先 ※日中連絡がとれる番号		
現在の就労状況	正社員 ・ パート ・ 派遣 ・ 自営 ・ 求職中 その他 ()	
講習会を知ったきっかけ □にレ印を入れてください。	<input type="checkbox"/> 市町村広報誌 <input type="checkbox"/> タウン誌 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 市町村担当者からの紹介 <input type="checkbox"/> 母子・父子支援員からの紹介 <input type="checkbox"/> 就業・自立支援センターからの紹介 <input type="checkbox"/> 母子会からの紹介 <input type="checkbox"/> 母子・父子福祉センターからの紹介 <input type="checkbox"/> ハローワークからの紹介 <input type="checkbox"/> ジョブカフェからの紹介 <input type="checkbox"/> その他 ()	
講習会申込の目的 □にレ印を入れてください。	<input type="checkbox"/> 就職のため <input type="checkbox"/> 転職のため <input type="checkbox"/> 今の仕事で必要 <input type="checkbox"/> スキルアップ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Excel を使って表の作成ができる	

※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。

《お問い合わせ先》

茨城県母子家庭等就業・自立支援センター 電話029-233-2355