

◆ 令和5年度 母子家庭等自立促進講習

(調剤薬局事務講座申込書)

対象者：母子家庭の母、父子家庭の父及び寡婦の方

期 間	令和5年12月3日～令和6年2月18日までの8日間 日曜日のみ(12/3,10,17 1/14,21,28 2/4,18) 令和6年2月24日(土)調剤事務管理士 技能認定試験
時 間	10:00～16:00 (昼休み1時間) 〈内容により短縮されます〉
受講料	無料 但し、送料の一部6,000円 試験代6,500円 及びボランティア保険は自己負担
募集人員	20名
申込期限	11月2日(必着)
選考方法	応募多数の場合は抽選になります
講習会場	土浦市生涯学習館 〒300-0045 土浦市文京町9-2 令和6年2月24日(土)の試験会場は茨城県母子寡婦福祉連合会
託児有	但し(小学1年～6年生) ひとり親家庭等日常生活支援事業を活用します

〈注意事項〉

- 交通費支給(一部)には条件があります。
(条件に合わない場合、交通費は全額自己負担となります)
- 途中、都合により受講できなくなった場合でも送料及び保険料の返金は出来ません。
- 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。

令和5年度 母子家庭等自立促進講習

調剤薬局事務講座申込書

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申し込んでください。

ふりがな 氏名	S・H 年 月 日 (歳)	母子・父子・寡婦 ひとり親となって 年
住所	〒 —	
連絡先 メールアドレス	電話・携帯 —	— @
講習時託児希望 有・無	ふりがな 氏名 年齢 才 男・女 ふりがな 氏名 年齢 才 男・女 託児を希望するに当たりお知らせしたいことがありましたらご記入ください。 ()	

※ 選考は応募多数の場合抽選となります。

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)

※ FAX 又は郵送にて申込んでください。

※ 裏面に書いてある注意事項を読み了承した上で申込みください。

注意事項を了承の上申込みします。 令和 年 月 日

氏名 _____

申込/問合せ先 〒310-0065 水戸市八幡町 11-52

社会福祉法人 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.yt@globe.ocn.ne.jp