県母連あてFAX又は郵送して下さい。　　FAX番号　098-887-4091

介護福祉士実務者研修講座申込書

沖縄県母子寡婦福祉連合会 会長　殿

令和8年　月　日

本人	ふりがな 氏　名		生年月日 昭和・平成　年　月　日(　歳) 年齢
	住　所	(〒　) (アパート名、棟番号記入漏れのないように)	自宅電話: 携帯電話: メールアドレス:
	就労中	職場名	職業(□常勤・□パート) 職場電話:
	無　職	退職直前の職種	
	最終学校名		
	免許・資格		
確認事項	ひとり親家庭になった年・月	昭和・平成・令和　年　月　日	
	添付書類	□児童扶養手当証書 □ひとり親家庭等医療費受給者証 □戸籍謄本	※左記いづれかの写しを添付 ※添付した書類にチェック
他	母子会への加入年	1. 昭和　2. 平成　3. 令和　年　月	

受講にあたっての志望動機