

FAX番号 098-887-4091

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	生年月日		年齢	
	氏名	昭和・平成		年	月 日(歳)
	住所	(〒)		自宅電話:	
				携帯電話:	
		(アパート名、棟番号記入漏れのないように) 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		※左記いずれかの写しを添付	
		□ひとり親家庭等医療費受給者証		※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