

いずれかを○で  
囲む ⇒

医療事務講座 ・ 調剤薬局事務講座

ふりがな				生年	S・H	年	月	日生
受講者氏名				月日	<		歳>	
住所	〒 -							
連絡先	携帯電話番号	-		-				
	自宅電話番号	-		-				
	メールアドレス ※ <a href="mailto:info@saiboren.or.jp">info@saiboren.or.jp</a> からの 連絡がつくもの							
現在の職業	有 <常勤・パート・派遣・自営、家事手伝い・その他 ( ) > ・ 無 有の場合職種 ( )							
同居の家族 (本人は除く)	氏名	続柄	年齢または学年					
経済的な状況	①児童扶養手当受給中      ②左と同等の所得水準							
受講の動機 (具 体的に) とお子 さんが病気にな った時の対応策 についてご記入 ください。								
申込のきっかけ	・ 連合会ホームページを見て ・ 公式LINEを見て ・ 母子会の情報 ・ 知人の情報 ・ SNSで知った ・ チラシを見て (役所・ハローワーク・その他 ( ))							

\* 申込書にご記入いただいた個人情報は、受講に係る審査、連絡のために用い、それ以外の目的には使用しません。  
また、申込書は適正に管理(破棄)し、応募者には一切返却いたしません。