

◆ 令和 7 年度 母子家庭等自立促進講習

(介護職員初任者研修申込書)

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 7 年 8 月 2 日～12 月 13 日までの 14 日間 土曜日のみ レポート提出 4 回 (8/2,9,16,30 9/6,13,20,27 10/11,25 11/8,22 12/6,13)
時 間	9:00～17:00(昼休み 1 時間) 〈内容により短縮されます〉
受講料	無料 但し、テキスト代の一部 7,124 円及びボランティア保険は自己負担
募集人員	15～20 名
申込期限	7 月 3 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	水戸市八幡町 11-52 茨城県母子寡婦福祉連合会 ラーク・ハイツ会議室
託児有	但し(2 歳児以上小学生まで) 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〉

- 受講期間中休んだり遅刻早退した場合は後日振替授業を受けることがあります。
- 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テキスト代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7年度 母子家庭等自立促進講習

介護職員初任者研修申込書

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	いづれかに○をしてください 母子・父子・寡婦 ひとり親となって 年 S・H 年 月 日 (歳)	
住 所	〒 —	
連絡先 メールアドレス	— @	
講習時託児希望 有・無	な まえ 年齢 才 男 ・ 女 名 前 な まえ 年齢 才 男 ・ 女 名 前 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。 ()	
有に○の場合 お子様情報の記入をお願いします		

※ 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