

FAX番号:0742-24-7625

※受付日

※受付番号

(注) 未到着で申込ができていない場合がありますので、
FAXで申し込まれる方は、必ず着信確認のお電話を入れてください。

FAX

第2回就業支援セミナー 申込書

〔必要事項を記入の上、該当するものに○印をつけてください〕 平成 年 月 日

（ふりがな）			
氏 名		児童扶養手当受給	無 ・ 有
生年月日	昭和・平成 年 月 日生（ 歳）	母子家庭の母 ・ 寡婦	
住 所	〒 -		
電話番号	（ ） - （携帯 - ）		
職 業	無・有 正規 ・ パート ・ 派遣 ・ 自営 ・ その他（ ）		
就職・転職 希望時期	すぐにでも ・ 少し先に（ 年 月頃から） ・ その他（ ）		
受講目的	（受講目的を具体的にお書きください）		
当センター事業 の受講経験	無・有（講習会名： ）	当センターの バンク登録に ついて	登録している ・ 登録していない （登録No. ）
講習会を 知ったのは	1. 奈良県スマイルセンター窓口 2. 福祉事務所、市町村窓口 3. 母子福祉連合会窓口 4. 県民だより奈良 5. 友人、知人 6. その他（ ）		

■ 会 場 ■ 【就業支援セミナー】

中和労働会館（エルトピア中和）
（大和高田市西町1-60）

【アクセス】

●JR高田駅
徒歩5分

●近鉄高田駅
徒歩10分

