

一般社団法人鳥取県母子寡婦福祉連合会宛て ⇒FAX番号 0857-59-6340
〒689-0201 鳥取市伏野1729-5

令和6年度家庭生活支援員養成研修会【西部会場】 受講申込書

ふりがな	
氏名	
生年月日	年 月 日(歳)
住所	〒 -
連絡先	自宅の番号や携帯番号、ファックス番号等
現在お持ちの資格	○印をしてください。 () ホームヘルパー3級 () ホームヘルパー2級 () ホームヘルパー1級 () 介護福祉士 () 介護職員初任者研修修了 () 保育士 その他()
母子会について	あなたは母子会員ですか? はい ・ いいえ

○家庭生活支援員として活動できる曜日・時間(予定)

☆支援がしやすい曜日・時間帯をお書きください。

例) 平日の午後6時以降、土・日、月曜日の午前中のみ など。

事務局記入欄