

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			
受講者氏名	生年 月日	S・H	年 月 日生 < 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 ※ info@saiboren.or.jp 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 下さい。			
申込のきっかけ	<ul style="list-style-type: none"> ・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。