

※送信面にご注意ください。

送信後、FAXが届いているか、確認の電話をお願いします。 TEL029-221-8497

## 令和6年度「パソコン講習会」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お申し込みください。

ふりがな お名前		生年月日・年齢	
		昭和・平成	年 月 日生 歳
住 所	〒 -		
連絡先 ※日中連絡がとれる電話番号	電話:	E-mail:	
現在の就労状況	正社員 ・ パート ・ 派遣 ・ 自営 ・ 求職中 その他 ( )		
パソコンレベル ※□にレ印を入れてください。	<input type="checkbox"/> パソコンの起動と終了ができる <input type="checkbox"/> マウス操作（クリック・ドラッグ等）ができる <input type="checkbox"/> パソコン周辺機器のマウス・キーボードなどの名前がわかる		
ふりがな お子様の名前		性別 男・女	年齢 才 ヶ月
ふりがな お子様の名前		性別 男・女	年齢 才 ヶ月
保育で気をつけてほしい事(任意)→			

※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)

### 【注意事項】

○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受講費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。

上記のことを了承の上、申し込みします。

令和 年 月 日 氏名

※ご記入いただいた個人情報は、当講習会業務の目的以外には使用いたしません。