

鹿児島市こども福祉課 行

(FAX:099-216-1284)

令和7年度 就業支援講習会 申込書

講座名	医療事務・調剤薬局事務講座 (※両講座受けて頂くことが前提です)
希望コース ※いずれかに○をつけてください。	1. 土曜日コース 2. 日曜日コース 3. どちらでも可
(ふりがな) 氏名	
住所	〒
生年月日	昭和・平成 年 月 日
電話番号	自宅： 携帯：
受講理由	
託児希望 (原則：未就学児)	お子さまの 氏名 () 年齢 () () () () ()

※FAXのときはA4サイズで送信してください。

受付印