令和８年度　母子家庭等自立促進講習

（調剤薬局事務講座申込書）

対象者：母子家庭の母、父子家庭の父及び寡婦の方

期　間	令和８年 11 月８日～令和９年１月 17 日までの８日間 日曜日のみ（11/8,22　12/6,13,20,27　1/10,17） 令和９年１月 23 日（土）調剤事務管理士　技能認定試験
時　間	10:00～16:00　(昼休み１時間) 〈内容により短縮されます〉
受講料	無料 但し、ﾃｷｽﾄ代 9,680 円試験代 6,500 円及びﾎﾞﾗﾝﾃｨｱ保険は自己負担
募集人員	20 名程度
申込期限	10 月 21 日（必着）
選考方法	応募者多数の場合は抽選になります
講習会場	社会福祉法人　茨城県母子寡婦福祉連合会 〒310-0065　水戸市八幡町 11-52 令和９年１月 23 日（土）の試験会場も茨城県母子寡婦福祉連合会
託児有	但し（2 歳～小学６年生） 茨城県又は水戸市の事業を活用して行います （1 月 23 日の試験日は託児を利用できません）

〈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ﾃｷｽﾄ代及び保険料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。

○　託児を希望する場合、お知らせしたいことがあれば事前にご連絡ください。

令和８年度　母子家庭等自立促進講習

調剤薬局事務講座申込書

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申し込んでください。

ふりがな 氏　名	S・H　　年　　月　　日（　　歳）	母子・父子・寡婦 ひとり親となって　　年
住　所	〒　　－ 茨城県	
連絡先 メールアドレス	―　　― @	
講習時託児希望 有　・　無	氏　名（ふりがな）　年齢　　才　男　・　女 氏　名（ふりがな）　年齢　　才　男　・　女 託児を希望するに当たりお知らせしたいことがありましたらご記入ください。 （　　）	

※ 選考は応募多数の場合抽選となります。
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　（どちらにも〇が無い場合は希望しないとみなします）

※ FAX 又は郵送にて申込んでください。

※ 裏面に書いてある注意事項を読み了承した上で申込みください。

注意事項を了承の上申込みします。　　令和　　年　　月　　日

氏 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申込/問合せ先　〒310-0065
水戸市八幡町 11-52
社会福祉法人　茨城県母子寡婦福祉連合会
母子・父子福祉センター
TEL　029-221-8497
FAX　029-221-8618
E-mail　bosinoie.yt@globe.ocn.ne.jp