

元気いばらき女性のための就職面接会
託児コーナー利用申込み書

託児コーナー利用希望の方は、必要事項をご記入の上、令和2年10月30日（金）までに、下記FAX番号へお送りください。 ※送信面にご注意ください
QRコードからもお申込みいただけます。



託児の希望者（6ヶ月以上）

FAX 029-353-6564 茨城県母子家庭等就業・自立支援センター 行

ふりがな				生年月日・年齢
保護者氏名				
住所	〒			
連絡先 ※日中連絡がとれる番号				
お子様の名前	ふりがな	性別	年齢	
			歳	ヶ月
			歳	ヶ月

《お問い合わせ先》

茨城県母子家庭等就業・自立支援センター 電話029-233-2355

※ご記入いただいた個人情報は、当面接会の目的以外には使用いたしません。