

※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。

# 令和7年度「パソコン講習会（基礎）」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<br>お名前               |                                                                                                                                                   | 生年月日・年齢<br><br>昭和・平成      年      月      日生      歳 |
| 住 所                       | 〒      ・                                                                                                                                          |                                                   |
| 連絡先<br>※日中連絡がとれる<br>電話番号  | 電話:                                                                                                                                               | E-mail:                                           |
| 現在の家庭状況                   | 母子      ・      父子      ・      寡婦                                                                                                                  |                                                   |
| パソコンレベル<br>※□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<br><input type="checkbox"/> マウス操作（クリック・ドラッグ等）ができる<br><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 |                                                   |

※保育を利用される方は太枠の中をご記入ください。

|                |  |           |                   |
|----------------|--|-----------|-------------------|
| ふりがな<br>お子様の名前 |  | 性別    男・女 | 年齢      才      ヶ月 |
| ふりがな<br>お子様の名前 |  | 性別    男・女 | 年齢      才      ヶ月 |
| 事前にお知らせしたいこと→  |  |           |                   |

※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。

## 令和7年度 技能講習会

## &lt;パソコン講習会（初級）申込書&gt;

| 名 称 | 日 程                                                      | 内 容                     | 申込締切       |
|-----|----------------------------------------------------------|-------------------------|------------|
| 基礎  | 6/29(日)・7/6(日)・7/13(日)<br>7/20(日)・7/27(日)・8/3(日)・8/10(日) | Word(3日間)<br>Excel(4日間) | 5/30(金) 必着 |

【時 間】全7日間 9:30~16:00 (受付8:50~)

【会 場】茨城県母子寡婦福祉連合会 ※無料駐車場有り

【対 象】茨城県在住のひとり親家庭の母・父・寡婦等の方で7日間必ず出席できる方。また、パソコンが全く初めての方は、事前連絡でお伝えください。

※パソコンは、こちらで、用意します。

【定 員】15名 (応募者が定員を超えた場合は抽選になります)

【受講費】無料※別途、テキスト代として¥2,200-がかかります(講習日初日にお預かりします)

【託 児】有り (2歳児以上小学生まで)

※受講が決定しましたら、「ひとり親家庭等日常生活支援事業派遣対象登録申請書」を送付しますので、市町村の福祉課に申請してください。

【申込方法】裏面の申込用紙に必要事項をご記入の上、郵送またはFAXしてください。

【申込決定】申込み締め切り後、郵送で受講の可否を通知します。



## 【お問合せ・申込み先】

社会福祉法人 茨城県母子寡婦福祉連合会  
ひとり親家庭等自立支援センター

住所 〒310-0065 水戸市八幡町11番52号

TEL 029-221-8497

FAX 029-221-8618

URL <http://www.ibaboren.or.jp>

☆受付時間 月~金 9時~17時

《運営：社会福祉法人 茨城県母子寡婦福祉連合会》