

ひとり親 自立支援プログラム作成申込書

社会福祉法人 福島県社会福祉協議会長 様

平成 年 月 日

私はひとり親自立支援プログラムの作成を申し込みます。

氏名			
生年月日	西暦 19 年 月 日	歳	
住所	〒 -		
連絡先	自宅: 携帯:	*連絡希望時間帯があればご記入ください(時 分 ~ 時 分)	
児童扶養手当受給状況	ア) 受けている イ) 受けていた(受給期間:平成 年 月 日まで) ウ) 受けたことがない		
相談(面接)希望日時	第一希望	月 日()	時 分
	第二希望	月 日()	時 分

初回の相談時間は概ね1時間です。

1) 相談内容に をつけてください。(複数可)

自分の適職について 就職活動の進め方 応募書類の書き方 面接対策
資格取得について 職業訓練等について 転職について
その他()

2) 生活面や、お仕事を探すうえで困りのことはありますか。

--	--

