

母子家庭セミナー参加申込書

ふりがな		生年月日	昭和	平成	
氏名			年	月	日
			(歳)		
料理に参加 するお子様	ふりがな 名前	男・女	ふりがな 名前	男・女	歳
住所等	郵便番号		電話番号()		
	メールアドレス @				
開催日・開催場所				申込期限	
6月14日(日) 水戸市八幡町11-52 ラーク・ハイツ会議室				6月3日	
<p>託児を希望される方は記入してください (ひとり親家庭のお子さんで2歳～小学生まで) 離婚: 年 月</p>					
お子様		ふりがな 氏名	年齢	才	ふりがな 氏名
			性別	男・女	年齢
			性別	男・女	才
<p>申し込み方法 下記宛郵送またはFAXで申し込んでください</p>					
〒 310-0065 水戸市八幡町11-52 ラーク・ハイツ内					
社会福祉法人 茨城県母子寡婦福祉連合会					
TEL 029-221-8497 FAX 029-221-8618					