

名古屋南ロータリークラブ主催

「職業体験会」及び

「ディズニークラシックコンサート&職業体験発表会」

8月18日(土)

10時~13時
(9時30分集合)

①看護体験

※中学生対象

場所:大同病院 (南区)

定員:親子 20名



8月21日(火)

14時~16時
(13時30分集合)

②アナウンサー体験

※小5~中学生対象

場所:NHK名古屋放送局 (東区)

定員:親子 20名



8月28日(火)

10時~13時
(9時30分集合)

③保育体験

※中学生対象

場所:たきこ幼稚園 (昭和区)

定員:親子 20名



9月1日(土)

10時~12時
(9時30分集合)

④パン・サンドウィッチ作り体験

※小5~中学生対象

場所:フジパン (瑞穂区)

定員:親子 20名



10月14日(日)

13時~16時
(11時30分集合)

ディズニークラシックコンサート
& 職業体験発表会 (食事付)

場所:名古屋音楽学校 (中区)

定員:親子 120名



《郵 送》〒462-0033 名古屋市北区金田町3丁目11番 愛知母子・父子福祉センター
《FAX》052-915-8444 「職業体験会」係 ※応募締切 7月27日(金) 必着

社会福祉法人

お問い合わせ 愛知県母子寡婦福祉連合会

TEL:052-915-8862 FAX:052-915-8444



《郵 送》〒462-0033 名古屋市北区金田町3丁目11番 愛知母子・父子福祉センター
 《FAX》052-915-8444 「職業体験会」係 ※応募締切 7月27日(金)必着

名古屋南ロータリークラブ主催
 「職業体験会」及び「ディズニークラシックコンサート&職業体験発表会」
 申込書

平成 年 月 日

社会福祉法人愛知県母子寡婦福祉連合会 様

参加希望日程	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8月18日(土) 10時~13時 (9時30分集合)	8月21日(火) 14時~16時 (13時30分集合)	8月28日(火) 10時~13時 (9時30分集合)	9月1日(土) 10時~12時 (9時30分集合)	10月14日(日) 13時~16時 (11時30分集合)
希望の職業体験 □に✓して ください ※2つまで	①看護体験 ※中学生対象 場所:大同病院 (南区) 定員:親子 20名	②アナウンサー 体験 ※小5~中学生対象 場所:NHK名古屋放送局 (東区) 定員:親子 20名	③保育体験 ※中学生対象 場所:たきこ幼児園 (昭和区) 定員:親子 20名	④パン・ サンドウィッチ 作り体験 ※小5~中学生対象 場所:フジパン (瑞穂区) 定員:親子 20名	ディズニ- クラシックコンサ- 職業体験発表会 場所:名古屋音楽学校 (中区) 定員:親子 120名
フリガナ 氏 名	〒 _____ 愛知県 _____ 市 _____ 区 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号		男・女	生年月日	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
住 所 電話番号	〒 _____ 愛知県 _____ 市 _____ 区 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号 電話番号 (_____) _____ - _____ 日中の連絡先 (_____) _____ - _____				
フリガナ お子様の氏名	_____ 男・女		生年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)	小・中 _____ 年生
フリガナ お子様の氏名	_____ 男・女		生年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)	小・中 _____ 年生
フリガナ お子様の氏名	_____ 男・女		生年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)	小・中 _____ 年生
手当等の 受給状況	◆該当の番号に○を付けてください。 1. 児童扶養手当 2. 遺族年金 3. その他の手当 (_____) 4. なし ◆2~4に○を付けた方は下記にご記入ください。 配偶者のない女子または男子となった時期(昭和・平成 _____ 年 _____ 月) その当時、扶養していた末子の年齢 (_____ 歳)				
添付書類	お申込みに際し、お申込みされる方全員のひとり親家庭等医療証等ひとり親家庭を証明 するものの写しが必要となります。申込書と合わせて医療証または証明すもののコピー を郵送またはFAXにて添付してください。 ※各地区母子寡婦福祉会員もしくはジョイナス会員の方は、証明書のコピー添付は不要で すが、下記☆印の同意書欄にご署名をお願いします。				
◆ 母子寡婦福祉会 または ジョイナス会員 加入状況	◆母子寡婦福祉会の会員である		☆1. 会員 2. 非会員		
	◆ジョイナス会員である		3. 会員 4. 非会員		
◆に○を付けた方は、ご加入地区の母子寡婦福祉会名を記入ください _____ 市 _____ 区 _____ 母子寡婦福祉会					
☆ひとり親家庭の母または父等に該当する者であることを各地区母子寡婦 福祉会会長、またはジョイナス、ナゴヤに確認することに同意します。				☆署名	_____
非会員の方は母子寡婦福祉会またはジョイナス会員への入会を希望されますか? はい ・ いいえ					

※「氏名」は、楷書で丁寧に記入し、「フリガナ」を付けてください。
 ※「住所等」は、住宅名及び棟、号室まで記入してください。
 ※参加申し込みの際にご記入いただいた個人情報、細心の注意を払って適法かつ適切に管理し、
 この目的以外には一切使用いたしません。
 ※当選者の方には郵送かお電話にてご連絡いたします。