

(様式第1号)

母子・父子自立支援プログラム策定申込書

年 月 日

川崎市長 様

私は、母子・父子自立支援プログラム策定員による、母子・父子自立支援プログラムの策定を申し込みます。

氏名	印 (年 月 日生 才) (自署の場合は印は不要です)		
住所	〒		
連絡先	自宅:	携帯:	
家族構成 (同居家族)	続柄	()	年 月 日生 才
		()	年 月 日生 才
		()	年 月 日生 才
		()	年 月 日生 才
福祉サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> 児童扶養手当	年 月～受給	<input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> その他
最終学歴	年 月卒業		
職歴	年月日	会社名	業務内容
	～		
	～		
	～		
資格			
パソコンスキル	ワード (初級 中級 上級)	エクセル (初級 中級 上級)	その他
パソコンの有無	有 無	インターネット利用	可 不可
希望資格・職種 相談したい内容			
備考			

※本申込書にある個人情報はプログラム策定以外には使用しません。