

医療事務(4)

病院での事務や窓口対応などの業務に就く人気の医療事務の資格取得をめざす講座です。
医療業界への就職・転職につなげましょう。

一時保育あり(予約制)

期 間：令和 6年8月1日(木)
～11月14日(木)
毎週木曜日 全15回 ※8/15休講

時 間：午前10時～午後4時

定 員：12名

会 場：愛光会館

教材費：7,000円

申込期間：6月1日(土)～7月13日(土)

申込資格:

- ①大阪市在住のひとり親家庭の親、母子家庭を経た寡婦の方
※離婚前でも配偶者からの暴力による被害を受けている方(20歳未満の児童を扶養中で各区保健福祉センターの証明を受けられる方)や就業・自立センターに求職(利用)登録している方
- ②全日程を受講できる方
- ③求職中もしくは就業中でスキルアップを希望し、就業・自立支援センターに求職または利用登録している方・これから申し込まれる方
- ④資格取得をめざす方(初心者から)

内 容: 資格取得に向けての講義と実技

※医科医療事務検定の資格取得をめざします

【申込方法】

裏面申込書での郵送FAX・ご持参またはホームページからネットでお申し込みください

こちらからご確認ください ⇒



お問い合わせ先

母子・父子福祉センター 大阪市立愛光会館
〒531-00 大阪市北区中津1-4-10-3F
TEL:6371-7146 FAX:6371-6722



・Osaka Metro御堂筋線「中津」駅5番出口 西へ150m
・阪急電鉄(神戸線・宝塚線)「中津」駅 北へ350m
・大阪シティバス「地下鉄中津」停留所 西へ約200m
◆駐車場はありません

FAX 06-6371-6722

令和6年度(2024年度) 就業支援講習会受講申込書

(※申込書は1講座につき1枚です。用紙はコピー可)

1. 講座NO. 及び受講希望講座名記入欄 (記入は1講座のみです)

年 月 日

講座NO.	希望する講座名
4	医療事務

記入もれは
ありませんか？

FAXでお申し込みの方
上記FAX番号に表裏お
間違えないように送信し
てください
送信後にお電話での確
認をお勧めします

2. 住所・氏名等記入欄

ふりがな		生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
氏名			
住所	〒 ー ー 大阪市 区		
連絡先 【必須】	携帯番号 ー ー 自宅電話 (06) ー ー		携帯なし 自宅なし

3. ひとり親家庭または寡婦(母子家庭を経た方)等の証明欄 ※A・B・C いずれか該当する箇所にご記入ください

A. 末子が現在18歳以下の方

子どもの年齢	(歳・ 歳・ 歳・ 歳)
証明するもの (いずれか) 【必須】	●児童扶養手当証書(No.) ●ひとり親家庭医療証(No.) ●ひとり親家庭等日常生活支援事業の派遣等対象家庭登録決定通知書(No.) ●遺族年金(No.) ●その他(No.)

B. 末子が現在19歳以上の方

子どもの年齢	ひとり親家庭になられた当時の末子の年齢 歳 → 現在の末子の年齢 歳
証明するもの (いずれか) 【必須】	●健康保険証(No.) ●遺族年金(No.) ●ひとり親家庭等日常生活支援事業の派遣等対象家庭登録決定通知書(No.) ●その他(No.)

C. 離婚前の方

・ひとり親家庭等就業・自立支援センターに登録していますか	はい ・ いいえ
------------------------------	----------

※現在証明するものが無い方、または、その他についてはお問い合わせください。

4. 現在の就労状況について(いずれかに○をつけてください)

無職 ・ 常勤 ・ パート ・ 非常勤 ・ 派遣 ・ 自営家業手伝い ・ その他 ()

5. 受講理由について(いずれかに○をつけたうえ、記入してください)

① 就職(業)のため ② 転職のため ③ 能力・技能向上のため

具体的に記入してください

【必須】

6. 資格取得の講座をご希望の方

修了後、講座指定の資格試験を受験しますか 受験します ・ 受験しません

7. このリーフレットをどこで入手されましたか？ (いずれかに○をつけてください)

① 大阪市立愛光会館 ② 区保健福祉センター ③ ホームページ ④ その他 入手先 ()

一時保育(1歳～就学前まで)申込欄

ご希望の方のみ下記事項(氏名・年齢・性別)をご記入ください。

子どもの氏名	(歳) / 男・女
	(歳) / 男・女

事務局 処理欄	受付日
------------	-----

[個人情報について] ご記入いただいた個人情報は、本事業に関する連絡等に使用するものです。目的以外に使用、第三者に提供することはありません。