

平成30年度 高齢者活躍人材育成事業講習 受講申込書

※受講対象者は、シルバー人材センターでの就業を希望する60歳以上の方となります。

高齢者活躍人材育成事業受託者 公益社団法人岩手県シルバー人材センター連合会 行

申込年月日	平成	年	月	日		
受講希望講習名及び開催地	講習 (会場)					
フリガナ						
氏名					性別	男 ・ 女
生年月日	昭和	年	月	日	年齢	満 歳
住所	〒 -					
連絡先	電話	-				-
	携帯	-				-
シルバー入会の有無	シルバー人材センターの会員である 1. はい 2. いいえ (どちらかに○をしてください)					
	シルバー人材センター入会予定である 1. はい 2. いいえ (どちらかに○をしてください)					
働きかた	(1)講習修了後、すぐに働くことができますか 1. はい 2. いいえ (2)いいえの方、理由をお聞かせください (3)週に何日程度働くことができますか 週 日くらい (4)講習内容を生かして、どのような分野で働きたいですか					

個人情報の取り扱いについては、「個人情報保護方針」を公益社団法人岩手県シルバー人材センター連合会ホームページ等でご確認ください。

なお、個人情報については、本事業の委託者である厚生労働省岩手労働局において使用することがありますので、ご了承ください。

上記の取り扱いに関して同意いただけましたら、次のご署名欄に自署願います。

平成 年 月 日 　　ご署名