

平成29年度  
高齢者活躍人材育成講習 受講申込書

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	講習
---------	----

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏 名			
生 年 月 日	昭和 年 月 日	年齢	歳
住 所	〒 -		
連 絡 先	電話	—	—
	F A X	—	—
	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)		

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、予めご了承ください。

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