令和元年度高齢者活躍人材確保育成事業
技能講習　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。

高齢者活躍人材確保育成事業受託者　　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	令和　　年　　月　　日		
受講希望講習名及び開催地	**包装・接遇マナー　　講習**　　（　奥州市　会場）		
フリガナ		性別	男　・　女
氏　　名			
生　年　月　日	昭和　　年　　月　　日	年齢	満　　歳
住　　所	〒　　-		
連　絡　先	電話　　—　　—		
	携帯　　—　　—		
お申込みの動機 （具体的に）			
お申込みのきっかけ	1. 新聞広告　2. 行政広報紙　3. 生活情報誌　4. 友人・知人 5. シルバー人材センター　6. ハローワーク　7. その他（　　）		
シルバー人材センターへの入会意思について	シルバー人材センターへの入会意思はありますか。　1.　はい　　2.　いいえ ※上記で「いいえ」の場合、その理由を以下に記載してください。		
講習会終了後の働きかたについて	(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出来ますか　　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		
シルバー人材センターのイメージ・期待すること等（自由にご記入ください。）			

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、入会勧奨、就業状況調査等のため、本事業の受託者である厚生労働省岩手労働局及び地域のシルバー人材センターにおいて使用することがありますので、あらかじめご了承ください。
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。

令和　　年　　月　　日　　ご署名

申込・問い合わせは・・・・・・公益社団法人岩手県シルバー人材センター連合会　盛岡市中央通2-2-5 甲南アセット盛岡ビル10F

FAX：019-621-8672　TEL：019-621-8671