

令和2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概ね60歳以上のシルバー会員ではない方、職種転換を希望若しくは昨年度1年間就業していないシルバー会員に限ります。

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	講習 (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の会員ですか。		1. はい 2. いいえ
	会員の方に伺います。職種転換をご希望ですか。		1. はい 2. いいえ
	会員ではない方に伺います。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
	職種転換希望の理由、入会希望の理由をお書きください。		
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、理由をお書きください		
	(3)週に何日くらい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。)			
<p>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。</p>			
	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 L.Biz盛岡10階

FAX : 019-621-8672 TEL : 019-621-8671