

# 令和5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	介護（傾聴）講習(11月14日) (盛岡市 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. ハローワーク 6. シルバー人材センター 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
	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
	入会を希望する理由、職種転換を希望する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できますか。		週 日くらい
	(4)どのような職種で働きたいですか。		
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10階

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