

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

公益社団法人熊本県シルバー人材センター連合会 御中

高齢者活躍人材確保育成事業の趣旨及び申込み要領を確認したうえで申込みます

申込日 令和 年 月 日

希望講習名	講習		開催地	
	講習期間： 月 日～ 月 日			
ふりがな			性別	男・女
氏名				
生年月日	昭和 年 月 日	年齢	歳	
住所	〒 -			
電話番号	自宅	-	携帯	-
シルバーセンターへの入会について	・入会の意思（ある・検討中・すでに会員である） ※すでに会員の方は以下の項目にもご記入ください （所属センター： ） 入会日 年 月			
希望する就業の職種	（ ）（ ）（ ）			
就業希望時期	・講習修了後すぐに働ける ・急いでない（理由： ）			
就業希望日数・時間	週に（ ）日程度 1日当り（ ）時間程度			
経験した主な仕事	（ ）（ ）（ ）			
免許・資格	（ ）（ ）（ ）			
申込みのきっかけ	①シルバー人材センターの窓口 ②新聞広告 ③新聞折込チラシ ④ハローワーク ⑤市町村広報誌 ⑥公共機関の窓口 ⑦テレビ・ラジオ ⑧県連合会ホームページ ⑨その他（ ）			
申込みの動機			
講習終了後就業体験がある場合	就業体験を ・希望する ・希望しない			

※ご記入いただいた個人情報は、責任をもって管理し本事業の目的以外には使用しません。なお、シルバー人材センターのご説明やご案内のためにご連絡をさせていただく場合があります。以上の取扱いに関して同意いただけましたら、ご署名欄に自署願います。

令和 年 月 日 ご署名

お問い合わせ・ご連絡は

公益社団法人熊本県シルバー人材センター連合会

860-0842 熊本市中央区南千反畑町3番7号 熊本県総合福祉センター3階

電話：096-312-3310 FAX：096-312-3312