

令和6年度 高齢者活躍人材確保育成事業 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 行

(申込日 令和 年 月 日)

希望の内容に○印をつけて下さい	技能講習	就業体験	セミナー	開催地	市町	
開催内容名称				実施期間	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：		
申込みのきっかけ (該当する番号に○)	①シルバー人材センターの窓口 ②新聞折込チラシ ③ハローワーク ④市町村広報紙 ⑤テレビCM ⑥連合会ホームページ ⑦公共機関窓口 ⑧その他 ()					
シルバー人材センターへの 入会について(該当する番号に○)	①会員ではない (1)へ ②すでに会員である (2)へ					
(1) 未会員の方	・シルバー人材センターへ入会し、就業する意思はありますか (ある ・ なし)					
	※「ある」、と答えた方 ・シルバー人材センターで希望する就業の職種をご記入ください () () ()					
	・講習修了後すぐに働けますか はい ※ いいえ ※いいえと答えた方はその理由を教えてください ()					
(2) すでに会員の方 該当する番号に○ ※セミナー申込の場 合は記入不要	入会年月日 (年 月 日) 会員番号 () ① 現在就業している：職種 () ② 1年以上未就業 ・ 職種転換したい理由、希望する就業の職種をご記入ください ()					
申込みの動機						

- ①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
 ②個人情報の取扱いについては「個人情報保護方針」を当連合会ホームページでご確認ください

上記内容に同意いただけましたらご署名をお願いします

令和 年 月 日 ご署名 _____

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