

| | | | | | |
|------|--|------|--|------|--|
| 受付番号 | | 受講番号 | | 管理番号 | |
|------|--|------|--|------|--|

(連合会記入)

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 佐賀県シルバー人材センター連合会 様

申込日: 令和 年 月 日

| | | | | | | | |
|------------------|---|---------------------------|----------|-----|-------|--|--|
| 希望講習名 | | | | 開催地 | | | |
| フリガナ氏名 | ----- | | | 性別 | 男 ・ 女 | | |
| 生年月日 | 昭和 年 月 日 | 開催日現在の年齢 | | 歳 | | | |
| 住所 | 〒 ー | | | | | | |
| 連絡先 | 電話 ー ー | 携帯 ー ー | FAX ー ー | | | | |
| 申込みの動機 | 受講者選考に必要ですので具体的にお願いします。 | | | | | | |
| シルバー人材センター入会について | ・技能講習後、シルバー人材センターに入会する意思はありますか? <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ (理由) | | | | | | |
| 入会説明会に参加しましたか? | ・参加した ・参加してない | 入会説明会に参加した日 | 令和 年 月 日 | | | | |
| 現在就業中ですか? | <input type="checkbox"/> はい (フルタイム ・ 時々: 週 日) ・ <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | |
| 就業について | ・シルバー人材センターに入会后、働くことができますか? <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ (理由) | | | | | | |
| 就業希望時間等 | 1. 1日に 時間程度 | 2. 1週間に 日程度 | | | | | |
| 免許・資格 | 1. 普通(中型)自動車免許 2. 大型免許 3. バイク 4. 保育士 5. 介護職員初任者 6. その他() | | | | | | |
| 会員ですか? | ・会員ではありません ・会員です | 今年入会した人は入会日を記入してください | 令和 年 月 日 | | | | |
| 会員の方に お尋ねします | 1. 職種転換希望の方 | 理由は何ですか? | | | | | |
| | 2. 就業希望の方 | 希望職種・頻度を教えてください。()・週()日 | | | | | |
| 申込みのきっかけ | 1. チラシ 2. 新聞広告 3. シルバー人材センター 4. 新聞折込 5. ラジオ 6. 市町広報誌 7. その他() | | | | | | |

- ※ 申込はこの「受講申込書」に記入のうえ、お住まいのシルバー人材センターへ、開講日の締切日までにご提出してください。
- ※ 申込時、運転免許証等により年齢を確認させていただく場合があります。
- ※ 受講が決まった人には、開講日の約1週間前に「受講のしおり」を郵送いたします。
- ※ ご記入いただいた個人情報、高齢者活躍人材確保育成事業の目的以外には使用いたしません。

※受付印

公益社団法人 佐賀県シルバー人材センター連合会

〒840-0023 佐賀市本庄町大字袋246番地1 Tel:0952-20-2011 Fax:0952-20-2015