

技能講習・就業体験 申込書

公益社団法人 福井県シルバー人材センター連合 宛

申込日	令和 年 月 日	開催日	月 日 ()	
技能講習名 就業体験名		開催地		
フリガナ		性別	年齢	歳
氏名		男・女		
生年月日	昭和 年 月 日	入会日 (会員の方)	平成 年 月 日	令和
住所	〒 - -			
電話	- -	携帯	- -	

申込の経路	<input type="checkbox"/> 新聞広告 <input type="checkbox"/> テレビCM <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 市町広報誌 <input type="checkbox"/> 会員知人 <input type="checkbox"/> シルバー人材センター <input type="checkbox"/> ハローワーク <input type="checkbox"/> その他 ()
申込の動機	<input type="checkbox"/> 習得技能を就業に活かしたい <input type="checkbox"/> その職種に向いているか確かめたい <input type="checkbox"/> 自己啓発のため <input type="checkbox"/> その他 ()
シルバー 会員で ない方	①シルバー人材センターに入会の意思はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 検討中 <input type="checkbox"/> いいえ ※「検討中」「いいえ」の方は、その理由 () ②週に何日、1日当たり何時間程働くことができますか？ (週 日) (1日 時間) ③希望する職種は何ですか？ ()
シルバー 会員の方	①現在、週に何日、1日何時間働いていますか？ (週 日) (1日 時間) ②現在、どのような分野で働いていますか？ () ③職種を変えたり、または、仕事を始めたい理由 () ④どのような分野で働きたいですか？ () ⑤今後、週に何日、1日何時間働くことができますか？ (週 日) (1日 時間)
シルバー人材 センターに ついて	シルバー人材センターのイメージや期待することなどをご記入願います。

いただきました情報につきましては、本事業以外に利用または第三者に提供することはありません。

上記の取扱いに関して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

※お問い合わせ、申し込みは講習開催地のシルバー人材センター、
又は、福井県シルバー人材センター連合にお願いいたします。

公益社団法人 福井県シルバー人材センター連合
〒910-0005 福井市大手3丁目7番1号 (織協ビル7階)
TEL 0776-29-1195 FAX 0776-29-1197

