

令和8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
氏名					男 女
生年月日	昭和	年	月	日	年齢 歳
住所	〒 -				
e-mail					
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 ⑦You Tube ⑧公共機関窓口 ⑨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」、と答えられた方 ・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 ※いいえと答えられ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					

☆受講者選考を行い、開講日の10日前を目処に案内状を送付します

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
就業支援等のため、個人情報を熊本労働局及び地域シルバー人材センターと共有することがあります

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 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