

# 剪定講習

受講  
無料

シルバー人材センター会員になって一緒に働いてみませんか？



日時

5月9日(木)・10日(金)  
9:30~15:00 9:30~12:00

2日間

※ 雨天の場合  
5月16(木)、17(金)  
に延期

場所

山口市環境センター  
山口市小郡下郷

定員

10人

〆切

4月30日(火) 必着

※受講決定は締切後郵送にてお知らせします



対象

- ・ 60歳以上でシルバー人材センターへ入会し就業を希望する方
- ・ 新たな分野での就業を希望、または1年間就業していないシルバー会員の方

ホームページからお申込みできます。

または、『受講申込書』に必要事項をご記入の上、下記へお申込みください（持参、郵送、Fax可）

お申込

問合せ

(公社)山口県シルバー人材センター連合会

☎ 083-921-6070 Fax 083-921-6077

〒753-0079 山口市系米2-13-35(県土連ビル1F)

※土日祝除く



※諸般の事情により延期または中止する場合があります。

## 剪定講習カリキュラム

日時		内容		時間	会場
5/9 (木)	9:30 ~ 15:00 休憩1時間	講義	開講・オリエンテーション 講義 安全作業のポイント 剪定・整枝の基礎知識	2.5	山口市環境センター
		実技	実技 剪定・整枝の基礎 剪定の方法・技術 土壌、肥料、病害虫防除 使用用具について	2	
	15:00 ~	シルバー説明会			
5/10 (金)	9:30 ~ 12:00	実技	実技 剪定・整枝の基礎 剪定の方法・技術 土壌、肥料、病害虫防除 使用用具について	2.5	

※天候等都合によりカリキュラムが変更になる場合があります。

**持参物** ・昼食・飲み物・筆記用具 ※お持ちの方:剪定ばさみ・刈込ばさみ・手のこ

**服装** ・作業用ベルト、長袖・長ズボン、地下足袋または運動靴  
手袋(滑り止めつき軍手等)、マスク着用

### 会場案内図



# 受講申込書

公益社団法人 山口県シルバー人材センター連合会 宛

申込年月日：令和 年 月 日

講習名	剪定講習 (山口会場)
-----	-------------

氏 名	生年月日	年齢	性別
(フリガナ)	昭和 年 月 日	歳	男・女

住 所	〒 -		
-----	-----	--	--

電話番号	自宅	-	-	携帯	-	-
------	----	---	---	----	---	---

※ メールアドレス ※	@
-------------	---

講習をどこでお知りになりましたか (該当する口に✓)	<input type="checkbox"/> 市町広報誌 <input type="checkbox"/> 新聞折込 <input type="checkbox"/> 地域の情報誌 <input type="checkbox"/> TVCM <input type="checkbox"/> ハローワーク(公共職業安定所) <input type="checkbox"/> シルバー人材センター <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> その他( )
-------------------------------	---

シルバー人材センターのイメージや期待することについてご回答ください。 (複数選択可、該当する口に✓)	<input type="checkbox"/> 友達(仲間)を作りたい <input type="checkbox"/> 健康維持 <input type="checkbox"/> 収入を得たい <input type="checkbox"/> 生きがいづくり <input type="checkbox"/> 自分の能力を生かせる <input type="checkbox"/> 新たな分野で働くことへの挑戦 <input type="checkbox"/> 生活のリズム <input type="checkbox"/> 地域社会への貢献 <input type="checkbox"/> その他( )
---	---

◎申込みの動機について(受講者選考の際に使用しますので具体的にお願いします。)

◎現在シルバー人材センターの会員ですか。  
(該当する口に✓) (  はい  いいえ )

「はい」の方  
(該当する口に✓) ○昨年度1年間就業していませんか。(  はい  いいえ )  
 ○職種転換の意思がありますか。(  はい  いいえ )  
**※職種転換希望の会員の方、昨年度1年間就業していない会員の方が受講の対象者となります。**

「いいえ」の方  
(該当する口に✓) ○シルバー人材センターに入会の意思はありますか。(  はい  いいえ )  
**※受講後に、地域のシルバー人材センターの会員になって就業いただける方が受講の対象者となります。**

◎受講終了後の働き方について

1、今まで経験した主な仕事 ①( ) ②( )

2、今後希望する仕事 ①( ) ②( )

3、週に何日程度働くことができますか。( )日程度

◎シルバー人材センターへのご意見・ご要望などあればお聞かせください。

・個人情報の取扱いについては、「個人情報保護方針」を当連合会のホームページ等でご確認ください。

・ご記入いただいた個人情報は、入会勧奨、就業状況調査等のため、在住のシルバー人材センター及び本事業の委託者である厚生労働省山口労働局において使用することがありますので、あらかじめご了承ください。

この取扱いについて、同意できましたら、次の署名欄に自署願います。

令和 年 月 日

ご署名 \_\_\_\_\_

実施当日、発熱や具合が悪い等、体調不良の方は受講・受講をご遠慮いただきますようお願いいたします。

〔問合せ先〕 公益社団法人 山口県シルバー人材センター連合会

TEL : 083-921-6070

FAX:083-921-6077