

令和6年度

受講無料

介護サポート講習

対象

- ◇山口市在住の60歳以上の方
- ◇シルバー人材センターへ入会し、就業を希望する方
- ◇職種転換を希望、または1年間未就業のシルバー会員の方

山口会場

※どちらかお選び
ください

小郡会場

7月11日(木) 10時~16時

健康づくりセンター

(山口市吉敷下東3-1-1)

7月24日(水) 10時~16時

小郡地域交流センター

(山口市小郡下郷609-1)

定員：各会場**10名**

申込〆切日：7月3日(水) 必着

受講決定は、締切後郵送にてお知らせします。

- ・ホームページ(下記二次元コード)からお申込みできます。
- ・または、『受講申込書』申込書にご記入の上、下記にお申込みください。
(持参・郵送・FAX)

お申込
問合せ

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

〒753-0079 山口県山口市糸米2丁目13-35(県土連ビル1F)

※土日祝除く8:30~17:15※



『介護サポート講習』 カリキュラム

7/11：山口県健康づくりセンター 第3研修室
7/24：小郡地域交流センター 第1講座室

日 程	講 習 内 容	講 習 時 間
10:00 ~ 16:00 (休憩1時間)	開講・オリエンテーション 講 義 高齢者の特性 認知症について ホームヘルパーの立場	5
	講義・演習 生活援助の実際・ポイント グループディスカッション	
16:00 ~	シルバー説明会・閉講	

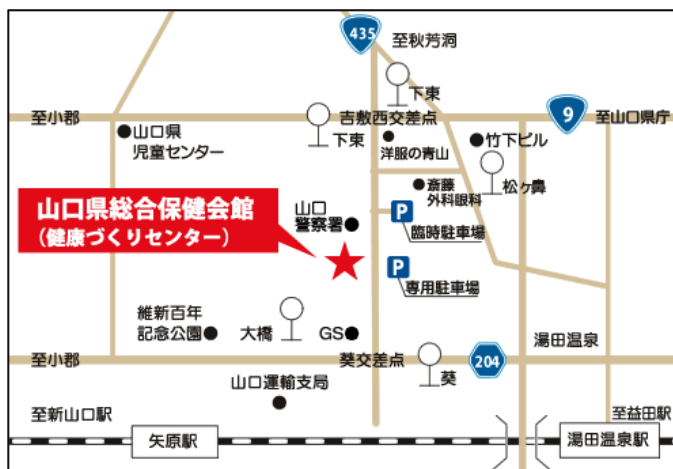
※ 都合により日時等に変更や中止が生じる場合があります

* 持ち物 *
筆記用具、飲み物、**昼食**

参加をお待ち
しています!!



山口県健康づくりセンター



小郡地域交流センター



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	介護サポート講習	山口会場 ・ 小郡会場	※希望の会場に ○をお願いします。
-----	----------	-------------	----------------------

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をお願いします。)

◎現在シルバー人材センターの会員ですか。 (該当する口に✓)	(<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)
-----------------------------------	--

「はい」の方 (該当する口に✓)	<input type="checkbox"/> 昨年度1年間就業していませんか。(<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ) <input type="checkbox"/> 職種転換の意思がありますか。(<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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✓)	<input type="checkbox"/> 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"/> 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。

<ul style="list-style-type: none"> 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。 <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>ご署名</p>

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