

会員さんと一緒におしごと体験してみませんか!!

# 就業体験 体験者募集

定員  
4名

参加  
無料

会員さんが就業している、「公園維持管理(機械除草)」を体験していただきます。

光市在住の  
60歳以上の方

シルバー人材センター  
の会員となって就業を  
希望される方

新たな分野での就業  
を希望する会員の方

一年間就業をして  
いない会員の方

日程 10月9日(水)

時間 10時~12時

場所 大和総合運動公園  
(光市岩田849)

申込 ホームページ(下記二次元コード)からお申込み、又はハローワーク、シルバー人材センターに備付けの申込書に記入のうえ提出してください。(持参、FAX、郵送可)

申込期限 10月1日(火)

諸般の事情により、延期又は中止する場合があります。

お問い合わせ

公益社団法人  
山口県シルバー人材センター連合会  
〒753-0079山口市糸米二丁目13番35号土連ビル1階

TEL 083-921-6070

FAX 083-921-6077



## 申込みから就業体験までの流れについて

### 申込

体験講申込書に記入のうえ、  
当連合会にご送付ください。

### 選考

応募多数の場合は当連合会が選考し、  
10月1日締切後郵送にて通知しま  
す。

### 通知

受講決定した方には、  
個別に通知させていただきます。

### 体験実施

実際に就業場所にて、  
2時間程度就業体験をしていただきます。

公園維持管理（機械除草）  
就業体験「10月9日（水）」

公園の維持管理等の作業を、  
シルバー会員さんと一緒に体験します。

# 体験申込書

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	就業体験（大和総合運動公園）10月9日
-----	---------------------

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✓) (  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 )  
 ○シルバー人材センターの入会説明会を受けられましたか (  はい  いいえ )  
 「はい」の方 : いつ受けられましたか (  はい 月頃 )  
 入会手続きはされましたか (  はい 月頃  いいえ )  
 「いいえ」の方 : 受けられる予定はありますか (  はい 月頃  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

← 切取り