

～シルバー人材センターで働くための技能講習～
刈払機取扱作業者
安全衛生教育講習【資格取得】

受講無料

日時

9/29(火) 9:10 ~ 16:45

場所

下松市勤労者総合福祉センター (下松市潮音町2丁目16-8)

対象

- 山口県内在住**60歳以上**の方
- シルバー人材センターに入会、就業希望の方
- シルバー人材センターの**入会説明会を受けた方**

[\申込こちら/](#)



定員

15人

締切

8/31(月)必着

※締切後に受講可否を郵送にて通知します※

申込

二次元コードまたはシルバー人材センター、ハローワーク備え付けの
申込書を連合会宛送付ください

※受講決定者は、特別教育修了証発行のため必要書類の提出をお願いします※

お問合せ・お申込み (土日祝除く 8:30~17:15)

※諸般の事情により、延期または中止の場合があります※

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2丁目13番35号

TEL083-921-6070 FAX083-921-6077

【協力】

下松市シルバー人材センター

光市シルバー人材センター

周南市シルバー人材センター

受講対象者 趣味・教養のための申し込みはできません

- 令和9年3月末時点で満60歳以上の方
- 全日程受講できる方
- シルバー人材センター会員となるために、**入会説明を受けた方**
- シルバー人材センター会員として、就業する意欲のある方
- シルバー会員で職種転換希望または1年間未就業の方

※入会説明の日程については、連合会（083-921-6070）までお問い合わせください※

	科 目	範 囲	時 間
学 科 教 育	刈払機に関する知識	(1) 刈払機の構造及び機能の概要 (2) 刈払機の選定	1. 0
	刈払機を使用する作業に関する知識	(1) 作業計画の作成等 (2) 刈払機の取扱い (3) 作業の方法	1. 0
	刈払機の点検及び整備に関する知識	(1) 刈払機の点検・整備 (2) 刈刃の目立て	0. 5
	振動障害及びその予防に関する知識	(1) 振動障害の原因及び症状 (2) 振動障害の予防措置	2. 0
	関係法令	(1) 労働安全衛生関係法令中の関係条項及び関係通達中の関係事項等	0. 5
実 技 教 育	刈払機の作業等	(1) 刈払機の取扱い (2) 作業の方法 (3) 刈払機の点検・整備の方法等	1. 0

○持参物

- ・筆記用具
- ・昼食
- ・水分補給の飲み物

※お持ちの方※

- ・刈払機
- ・点検整備用具
- ・防護衣等

○服 装

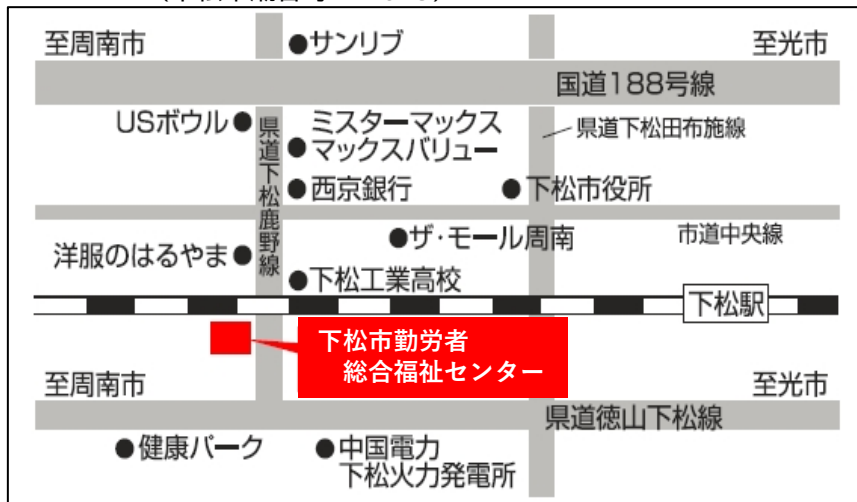
- ・作業用ベルト
- ・長袖・長ズボン
- ・地下足袋または運動靴
- ・手袋（防振用）等、
作業時の服装

※受講決定者には、詳しいカリキュラムと、写真等提出していただく書類を送付いたします※

会場案内図

下松市勤労者総合福祉センター Tel0833-44-8200

(下松市潮音町2-16-8)



お申込み
お待ちしております



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		刈払機取扱安全衛生教育講習 下松会場			
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	-
講習会をどこでお知りになりましたか (該当する口に✓)		☐ 市町広報誌 ☐ 新聞折込 ☐ 地域の情報誌 ☐ TVCM ☐ ハローワーク（公共職業安定所） ☐ シルバー人材センター ☐ ホームページ ☐ 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✓)		☐ 友達（仲間）を作りたい ☐ 健康維持 ☐ 収入を得たい ☐ 生きがいづくり ☐ 自分の能力を生かせる ☐ 新たな分野で働くことへの挑戦 ☐ 生活のリズム ☐ 地域社会への貢献 ☐ その他（ ）			
◎申込みの動機について（受講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) ○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。					
※個人情報の取り扱いについては、「個人情報保護方針」を当連合会のホームページでご確認ください。 ※ご記入いただいた個人情報は、入会案内、就業状況調査等のため、お住まいの地域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					

〔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