

FAX番号 : 089-915-1421

厚生労働省愛媛労働局委託 高齢者活躍人材確保育成事業

## 講習会受講申込書

公益社団法人 愛媛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

|                                                        |                                                                                                  |          |    |    |    |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----|----|----|
| 講習会名                                                   | 「剪定基礎講習会」(今治市開催)                                                                                 |          |    |    |    |
| 氏 名                                                    |                                                                                                  | 生年月日     |    | 年齢 | 性別 |
| (フリガナ)                                                 |                                                                                                  | 昭和 年 月 日 |    | 歳  |    |
| 住 所                                                    | 〒 -                                                                                              |          |    |    |    |
| 電話番号                                                   | 自宅                                                                                               | -        | 携帯 | -  | -  |
| 講習を知ったきっかけ                                             | ①. 広告を見て (新聞折込チラシ・TVCM・市町広報誌・地域の情報誌)<br>②. ハローワーク(公共職業安定所) ③. シルバー人材センター<br>④. ホームページ ⑤. 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。 ( は い ・ いいえ )                   |                                                                                                  |          |    |    |    |
| はいの方 ○ 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 ○ 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 )          |                                                                                                  |          |    |    |    |
| ※満60歳以上で、技能講習終了後シルバー人材センターに会員登録をしていただける方が、受講の対象者となります。 |                                                                                                  |          |    |    |    |
| ◎ 講習会終了後の働き方について                                       |                                                                                                  |          |    |    |    |
| 1. 経験した主な仕事 ① ( ) ② ( )                                |                                                                                                  |          |    |    |    |
| 2. 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。 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )日程度          |                                                                                                  |          |    |    |    |
| ◎ シルバー人材センターへのご意見・ご要望などが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等でご確認ください。  
本日ご記入いただきました情報については就業支援、就業状況調査のため、厚生労働省愛媛労働局、  
シルバー人材センター及びハローワークにおいて使用することがありますので、予めご了承ください。  
上記の取り扱いについて同意いただけましたら、次のご署名欄に自署願います。

令和 年 月 日 ご署名 :