



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	「産前産後サポーター補助員養成講習会」(西条市開催)				
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) 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 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。 本日も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：					
個人情報保護法第20条に基づき本人同意済 令和 年 月 日 担当者 ㊞					