

平成30年度 高齢者活躍人材育成事業 講習申込書

公益社団法人 宮城県シルバー人材センター連合会 宛

電話 022-797-8035

FAX 022-712-8856

04017	受付日	申込日	平成 30 年 月 日
-------	-----	-----	-------------

講習名	介護補助講習
-----	--------

講習場所	大崎市	講習期間	11月13日(火)～11月14日(水)
------	-----	------	---------------------

フリガナ 氏名		性別	男・女
生年月日	昭和 年 月 日	年齢	歳
住所	〒 -		

連絡先	電 話	F A X	携 帯
-----	--------	-------------	--------

シルバー人材センターの 会員ですか？	1.はい	センター名()	現在のお仕事は(請負・派遣)	
	2.いいえ	入会日(年 月 日)	就業先	
		会員番号()	内容	

上記で「2.いいえ」を回答した方は講習後、シルバー人材センターへの入会を希望しますか？	1.希望する 2.希望しない
---	----------------

※ 本講習は、原則、シルバー人材センターに入会、就業を希望される方が対象となっております。

【講習修了後の働き方について】

- (1) 講習終了後、すぐに働くことができますか。 (1.はい 2.いいえ)
 (2) 上記で「2.いいえ」の場合、その理由を以下に記載ください。

- (3) 週に何日程度働くことができますか。 ()日程度
 (4) 講習内容を生かして、どのような分野で働きたいですか。○で囲んでください。(複数可)
 ・介護送迎 ・介護補助 ・保育補助 ・施設(建物)清掃 ・アパート、マンション等(ハウス)清掃
 ・農業支援等刈払機 ・公園管理等チェーンソー ・販売業務 ・施設管理 ・その他()

【申込の動機について(受講選考の際に使用しますので、具体的にお願いします)】

【ご意見・ご希望など】

ご協力ありがとうございました。

個人情報の取り扱いについては、『個人情報保護方針』を宮城県シルバー人材センター連合会ホームページ等でご確認ください。なお、個人情報については、就業支援等のため、本事業の委託者である厚生労働省宮城労働局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。

上記の取り扱いに関して同意いただけましたら、次のご署名欄に自署願います。

平成 年 月 日

ご署名：