

# シルバー人材センターの 技能講習受講申込書

申込日 令和 年 月 日

## 1 下記により、技能講習受講を申込みます。

開催日	令和6年7月17～18日	講習名称	介護補助スタッフ講習(二本松会場)
ふりがな		性別 (任意)	男 ・ 女
氏名			
生年月日	昭和 年 月 日生まれ	年齢	歳
住所	〒 マンション・アパート・部屋番号までご記入ください。		
連絡先	つながりやすい電話番号をご記入ください。		

## 2 以下も必ずご記入ください。

申込みの動機					
シルバー人材センターの会員ですか？	① はい				② いいえ
【① はい】と答えられた方		【② いいえ】と答えられた方			
昨年1年間、シルバー人材センターで仕事をしましたか？	① はい	② いいえ	シルバー人材センターに入会の意思はありますか？	① はい	② いいえ
【① はい】と答えられた方					
どのような仕事をされましたか？			現在シルバーでの職種を変わりたいという希望はありますか？	① はい	② いいえ

お知らせ

- ※ 1. この技能講習は、「60歳以上」の皆様、シルバー人材センターで就業していただけるよう開催するものです。
- ※ 2. この受講申込書は二本松市にお住まいの方は二本松市シルバー人材センターに提出してください。その他の地域の方は連合会に提出してください。FAX、郵送でも受け付けます。
- ※ 3. 現場実習では、就業現場で体験していただくり、就業現場をご覧ください。
- ※ 4. 応募者多数の場合は、センターへの新規入会希望者を優先させていただき、書類選考にて決定させていただきます。先着順ではありません。
- ※ 5. 受講の可否は、技能講習実施日前に、連合会から郵送でお知らせします。
- ※ 6. この講習を受講する事により、必ずしもシルバー人材センターから講習内容に関する仕事を紹介されるものではありません。
- ※ 7. 当日、体調不良の方の参加はご遠慮ください。
- ※ 8. 個人情報保護については、申し込みをされた時点で同意したものといたします。

### <個人情報保護について>

個人情報は、(公社)福島県シルバー人材センター連合会(以下[連合会]という。)の「個人情報保護方針」により取扱います。

個人情報は、連合会、及びシルバー人材センターが、就業支援のため共有し使用します。

個人情報は、後日、就業に関する調査に使用することがあります。

SC記入	受付日: 月 日	受付番号	受付者:
------	----------	------	------