

福祉サービス従事者養成研修 受講申込書

申込日：令和 年 月 日

下記により、受講を申込みます。

研修実施日	令和7年10月8日、9日	会場名	須賀川会場
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・アパート名、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		

現在シルバー人材センターの会員ですか。（☒を入れてください）

会員です。（ ☐ 長期間働いていない ☐ 就業中 ）
会員ではありません。（ ☐ 就業希望 ☐ 就業希望なし ☐ 就業中 ）

就業等についてお答えください。（複数回答可）

☐ 今すぐ働きたい	☐ 2～3ヶ月以内に働きたい	☐ 働く予定はない
☐ 現在就業中	☐ 職種転換を希望している	☐ 地域活動へ参加したい

お知らせ・留意事項

- この研修は「60歳以上」の皆様これから就業するきっかけとなるよう開催するものです。
- 現在就業されている方、及び趣味や教養のための受講はお控えください。
- この申込書は、須賀川市にお住まいの方は須賀川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。
- 申込書に記入漏れがあった場合、受付出来ない場合があります。
- この研修を受講する事により、研修に関する仕事を紹介されるものではありません。
- 当日、体調が優れない方の参加はお控えください。
- 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ことといたします。

<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」により取り扱います。

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場合があります。

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