

公益社団法人 鹿児島県シルバー人材センター連合会 行

【 F A X : 099-206-5410 】

記入例

◆ F A Xでお申込みの際は、必ず送信後にご確認のお電話をください。 TEL【099-206-5422

申込年月日	令和 2 年 6 月 1 日	(整理番号)	
希望講習名	子育て支援講習	会場	鹿児島市シルバー人材センター
ふりがな	ちゅうおう はなこ	性別	どちらかに○をつけてください
申込者氏名	中央 花子	男・女	非会員・シルバー会員
生年月日	昭和 35 年 3 月 10 日	年齢	60 歳
住所	〒 890 - 0053 ※マンション・アパート名・部屋番号までご記入願います。 鹿児島市中央町9番地1 中央夜明ビル 801号		
連絡先	自宅 099-000-△△△△	携帯	080-000-□□□□

・本技能講習は、60歳以上の方でシルバー人材センターの新規会員になって、就業していただける方(令和3年3月31日までに60歳になる方も可)と、現在、シルバー会員であるが、新たな分野で就業を希望している方が対象です。

※ 会員の方は、年度会費が必要となります。

この講習をどのようにして知りましたか(該当する数字に○を付けてください。)

1、シルバー人材センター 2、ハローワーク 3、新聞 4、市町広報誌 5、ホームページ 6、その他

※ 受講 選考 基準 とし ます ので 漏れ が ない よう 必ず ご記 入 く だ さ い	申込の動機や現シルバー会員の方は職種転換の理由を具体的に記入下さい	3月に60歳を迎え、退職しました。体調も良好で、元気です。 次へのステップとして講習に参加し生活の一部として活かすことができればと思い入会を決めました。
	1 シルバー人材センターへの入会について、いずれかに印をして下さい。 (1) シルバー人材センターの会員ですか。 (センター名 : 会員番号 (2) シルバー人材センターへ入会を希望します。 (はい) ・ いいえ)	
	2 講習終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。 (はい) ・ いいえ (2) 上記で「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。 週 (3) 日程度	

1 この受講申込者によりご提供された個人情報は、入会案内、就業支援等のためご自身がお住まいのシルバー人材センターへの情報提供、及び高齢者活躍人材確保育成事業に関する場合のみ利用いたします。
2 個人情報の取扱については、(公社)鹿児島県シルバー人材センター連合会の「個人情報保護方針」により管理します。当連合会のホームページ(<http://ksor.or.jp/>)でご確認ください。
上記にご同意いただけましたら、次のご署名欄に自署をお願いします。

令和 2 年 6 月 1 日 　　ご署名：中央 花子