

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 】

◆ 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	2019年 月 日	(整理番号)	
希望講習名		会 場	
ふりがな		性 別	男 ・ 女
申込者氏名			
生年月日	昭和 年 月 日	年 齢	歳
住 所	〒 -		
連 絡 先	自宅 - -	携 帯	- -

・ 本技能講習は、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が対象となっております

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、南日本新聞 4、リビング新聞 5、市町広報誌 6、その他

※受講選考基準として記入してください ないよう必要項目を記入してください	申込の動機 (具体的に記入下さい)	
	1 シルバー人材センターへの入会を希望しますか。	(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 () 日程度

- この申込書は、技能講習受講者の決定、受講者への連絡及び入会案内などのために記入していただくものです。
- ご記入いただきました個人情報、高齢者活躍人材確保育成事業の目的以外に使用いたしません。
- 個人情報の取扱については、当連合会「個人情報保護規程」により管理します。
また、次の取扱にご同意いただけましたら、最下欄のご署名欄に自署をお願いします。
 - 受講申込書に記載された個人情報については、技能講習受講者に対するお住まいの市町シルバー人材センターへの入会案内、就業支援のため、市町シルバー人材センターにおいても使用します。
 - 技能講習受講後は、原則、お住まいの市町シルバー人材センターに入会し、会員として就業していただくこととなります。

2019年 月 日 ご署名：