

平成30年度 高齢者活躍人材育成事業 技能講習 受講申込書

申込年月日 年 月 日

整理番号: \_\_\_\_\_

講習名			
講習会場			
フリガナ		性別	男 ・ 女
氏 名			
生年月日	昭和 年 月 日 (満 才)		
郵便番号	〒		
住 所			
	ご案内等を郵送いたしますので省略せずに正しくお書きください		
連絡先	電話	携帯	

必ずご記入ください(該当する事項にチェック☑を入れてください)

シルバー 人材センターへ	<input type="checkbox"/> 加入していない	<input type="checkbox"/> すぐに会員登録をしたい
		<input type="checkbox"/> 年度内には会員登録をしたい
		<input type="checkbox"/> 迷っている
	<input type="checkbox"/> 加入している	登録センター名
		会員番号
※本技能講習の受講対象者は、原則シルバー人材センターで就業を希望する方が対象となっております。		
免許・資格	<input type="checkbox"/> 普通(中型)自動車免許 <input type="checkbox"/> 大型免許 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 二種( ) <input type="checkbox"/> ホームヘルパー(2級) <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 調理師 <input type="checkbox"/> 教員 <input type="checkbox"/> 簿記・経理 <input type="checkbox"/> フォークリフト <input type="checkbox"/> 情報処理技術 <input type="checkbox"/> その他( )	
希望する仕事	1. _____	2. _____
		3. _____
希望勤務時間帯	<input type="checkbox"/> 時～ 時	<input type="checkbox"/> 時間帯は問わず
希望時間・日数	1週間 _____日 程度	1日 _____ 時間程度
申込みのきっかけ	<input type="checkbox"/> 新聞広告 <input type="checkbox"/> シルバー人材センター <input type="checkbox"/> 受講者募集のチラシ <input type="checkbox"/> その他( )	

※受講申込書に記載された個人情報については講習に係ること以外には利用いたしません。但し、本講習は国からの委託契約で実施されている為、上部団体である(公社)全国シルバー人材センター事業協会や厚生労働省より講習についての報告を求められた場合については、義務が生じる為報告することがありますのでご了承ください。

受付: