

技能講習 ・ 就業体験 申込書

職場見学

公益社団法人 鳥取県シルバー人材センター連合会 行

希望講習名 ・就業体験名	講習	申込日	令和2年 月 日		
フリガナ		性別	男 ・ 女	年齢	歳
お名前					
住所	〒				
連絡先	電話				
	E-mail				
お申込みに 当たっての確認 事項	・シルバー人材センターの会員ですか？（はい・いいえ） “いいえ”の場合 ・会員となり就業する意思はありますか？（はい・いいえ） ・入会後すぐに働くことはできますか？（はい・いいえ※その理由は_____） ・技能講習を機にどのような分野・業種で働きたいですか？ ○記して下さい 介護／生活支援／学童保育／調理関係／清掃／事務／屋外軽作業／その他（_____） ・お申込みの動機をお聞かせください。【				
	はい” 会員の方 ・所属センターをお聞かせください。（_____シルバー人材センター） ・過去1年間の就業歴をお聞かせください。 ○記して下さい 介護／生活支援／学童保育／調理関係／清掃／事務／屋外軽作業／その他（_____） ・職種転換したい場合、希望する職種をお聞かせください。 ※会員受講申込は職種転換希望が要件です。 【 ・お申込みの動機をお聞かせください。 【				
お申込みの きっかけに ついて	<input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> テレビ・ラジオ・新聞 <input type="checkbox"/> 折込チラシ <input type="checkbox"/> 広報誌 <input type="checkbox"/> ハローワーク <input type="checkbox"/> 友人・知人 <input type="checkbox"/> その他（_____）				
シルバー人材 センターのイ メージや期待 すること等	※ご意見ご希望があればご記入ください				
■ご記入いただいた本申込書の個人情報、受講者・就業体験者の決定、連絡及び入会案内のため等、 高齢者活躍人材確保育成事業の目的に使用し、それ以外の目的又は第三者へ提供はいたしません。 ※ 同意、確認ご署名欄 令和 年 月 日 ご署名 _____					

【お申込み・お問い合わせ】 公益社団法人 鳥取県シルバー人材センター連合会



TEL **0859-37-2531** FAX **0859-37-2537**

e-mail : tottori-ren@sjc.ne.jp