

令和7年度 高齢者活躍人材確保育成事業 受講申込書

希望コースに○印を付けてください	技能講習	就業体験	入会セミナー	開催地	
参加コース名称				実施期間	月 日 ～ 月 日
フリガナ				性 別	男 ・ 女
氏 名					
生年月日	昭和 年 月 日 (歳)	会員区分	シルバー会員 ・ 非会員		
住 所	〒				
連 絡 先	自宅			携帯電話	
この講習会をどのようにして知りましたか？（複数回答可）					
<input type="checkbox"/> 折込チラシ広告 <input type="checkbox"/> 市町広報誌 <input type="checkbox"/> パンフレット・ポスター <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> インターネット広告 <input type="checkbox"/> 知人・友人 <input type="checkbox"/> シルバー人材センターからの紹介 <input type="checkbox"/> ハローワークからの紹介 <input type="checkbox"/> その他（ ）					

受講選考基準としますので下記の必要項目に記入してください	
申 込 の 動 機 （具体的に記入して下さい）	
非会員の方にお尋ねします	① シルバー人材センターへの入会意思がありますか？（ あり ・ 検討中 ・ なし ） ② 希望する職種（ ）（ ）（ ） ③ 講習終了後すぐに働くことができますか？（ はい ・ いいえ ） いいえの場合の理由を記載してください _____ ④ 週に何日程度働くことができますか？（ ）日程度
会 員 の 方 に お尋ねします	1.職種転換希望の方 理由は何ですか？ 2.就業希望の方 希望職種・頻度を教えてください（ ）・週（ ）日
ご意見・ご要望など	
シルバー人材センターのイメージや期待することを教えてください。今後の運営の参考にさせていただきます。	

- この申込書は、技能講習の受講者の決定、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。
- 個人情報の取り扱いについては「個人情報保護方針」を当連合会ホームページでご確認ください。

【お問い合わせ先・送付先】

公益社団法人 岡山県シルバー人材センター連合会
 〒703-8258
 岡山市中区西川原251-1おかやま西川原プラザ別館
 TEL 086-201-7250 FAX 086-201-7251



スマートフォンからのご応募はこちら

