下記の申込書に記入してFAXまたは郵送してください

令和6年度　高齢者活躍人材確保育成事業

公益社団法人大分県シルバー人材センター連合会　　行

【FAX：097-585-5616】

申 込 書

申込日：令和　　年　　月　　日

開催地		講習等の名称			
フリガナ 氏　名		性　別		どちらかに○をつけてください	未会員・センター会員
生年月日	昭和　　年　　月　　日			年　齢	歳
住　所	〒　　―				
連絡先	自宅電話 ―　　―		携帯電話 ―　　―		
申込みのきっかけ	1. シルバー人材センターで知った　2. 新聞折込　3.市報・町報　4. ポスター 5. 設置チラシ（市役所　・　公民館　・　ハローワーク）　6.リーフレット 7. 友人の紹介　8. ホームページ　9. その他（　　）				

※受講等の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

未会員の方	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） 2．週に何日（何時間）程度働くことができますか 週　　日程度（1日のうち　　時間程度） 3．シルバー人材センターで働く場合、どのようなお仕事に魅力を感じますか（複数選択可） □清掃　□介護関係　□調理関係　□育児関係　□草刈り　□剪定　□農作業 □施設管理・受付　□スーパー・店舗バックヤード業務　□その他（　　）
会員の方	1．職種転換希望の方は、理由を教えてください。　（　　） 2．就業希望の方は、希望職種・頻度を教えてください。 希望職種（　　）・週（　　）日

個人情報の取扱いについては、（公社）大分県シルバー人材センター連合会のホームページ等で「個人情報保護方針」をご確認ください。

個人情報については、就業支援、就業状況調査等のため、本事業の委託者である厚生労働省大分労働局及び地域のシルバー人材センターと共有することがありますので、予めご了承ください。

上記の取扱いについて、同意いただけましたらご署名願います。

大分県シルバ人材センター連合会個人情報保護方針→

令和　　年　　月　　日　　ご署名