高齢者スキルアップ・就職促進事業　技能講習　受講申込書

高齢者スキルアップ・就職促進事業受託者　公益社団法人　大分県シルバー人材センター連合会　様

申込年月日	西暦　　年　　月　　日	管理番号※	
希望講習名			

フリガナ 氏名		性別	男・女
生年月日	西暦　　年　　月　　日	年齢	歳
住所	〒　　－		
Eメールアドレス			
連絡先	電話　　－　　－　　FAX　　－　　－　　携帯　　－　　－		
ハローワークカード	発行年月日　西暦　　年　　月　　日 求職番号　□□□□□－□□□□□□□□		
受講前の雇用・就業状況 (注1)	離職中・在職中 在職中の場合：1. 雇用 (1) (常用 (パート / パートでない)、臨時 (パート / パートでない)、日雇、) (2) (シルバー人材センターでの派遣、シルバー人材センター以外での派遣) 2. 就業 (シルバー人材センターでの就業、その他就業 (NPO 等) 3. 自営 (起業) ※ 1.(1) は必須記載。(2) は該当する場合のみ記載する。		
現在就職中の会社(団体)名			
雇用保険受給	有・無		
年金受給	有・無 有の場合：1. 国民年金　2. 厚生年金　3. 共済年金		
経験した主な仕事	1.　(※　　)　2.　(※　　)　3.　(※　　)		
免許・資格	1. 普通自動車免許　2. ホームヘルパー (2 級)　3. 保育士　4. 教員 5. 簿記・経理　6. 情報処理技術者　7. その他 (　　)		
希望する仕事	1.　(※　　)　2.　(※　　)　3.　(※　　)		
希望収入	1. 5 万円未満　2. 5 ～ 10 万円未満　3. 10 万円～ 15 万円未満　4. 15 万円以上		
希望勤務時間	1.　時～　時　2. 1 日　時間程度　3. 1 週　日程度　4. 勤務時間を問わず		
希望勤務地	1.　2.		
希望就業形態	1. 雇用 (1)(常　用 (パート / パートでない)、臨　時 (パート / パートでない)、日　雇) (2)(シルバー人材センターでの派遣、シルバー人材センター以外での派遣) 2. 就業 3. 自営 (起業) ※ 1.(1) は必須記載。1.(2) は該当する場合のみ記載する。		
申込のきっかけ(注2)	1. ハローワークの紹介　2. 新聞広告をみて　3. シルバー人材センターで知った　4. その他 (　　)		
申込の動機			
今後の予定			
緊要度※	1. 早急な就職を希望　2. 早急な臨時・日雇等での就職を希望　3. 就職は急いでいない 4. 就業を希望　5. いずれ就職を希望　6. 自営 (起業) を希望 7. その他 (　　)		

(注1)　各用語の定義
「常用」・・・雇用契約において雇用期間の定めがないか又は 4 ヶ月以上の雇用期間が定められているもの。
「臨時」・・・雇用契約において 1 ヶ月以上 4 ヶ月未満の雇用期間が定められているもの。
「日雇」・・・日々雇用の仕事及び 1 ヶ月未満の雇用期間が定められているもの。
「パート」・・・1 週間の所定労働時間が同一の事業所に雇用されている通常の労働者の 1 週間の所定労働時間に比し短いもの。
「就業」・・・雇用契約以外で仕事をすること (有償ボランティアを含まない)
「自営 (起業)」・・・個人経営の事業を営んでいるもの。
(注2)　申込のきっかけ欄は、本事業を最初にどこで知ったかをお答えください。「1. ハローワークの紹介」は、ハローワークの指導によって本事業を知ったことです。ハローワークに求職登録したことではありません。
※は管理者記入、(※　) 内は職業分類を記入

技能講習受講は就職希望者に限られますので、ご注意ください。

個人情報の取扱については、「個人情報保護方針」を公益社団法人大分県シルバー人材センター連合会ホームページ等でご確認ください。なお、個人情報については、就職支援等のため、本事業の委託者である厚生労働省大分労働局及びハローワークにおいて使用することがありますので予めご了承ください。また、大分労働局及び、ハローワークにおいて把握した個人情報について、本事業における就職支援のため受託者と共有することがありますので併せてご了承ください。講習受講後の就職状況の確認のため、次年度に高齢者スキルアップ・就職促進事業の受託者が変更となった際には上記太枠箇所について、本事業の委託者である大分労働局を経由して新たな受託者に引き継ぐ場合があります。

上記の取扱に関して同意いただけましたら、次のご署名欄に自署願います。

西暦　　年　　月　　日　　ご署名

【お問い合わせ・連絡先】受託者：(公社)大分県シルバー人材センター連合会　電話：097-585-5615　FAX：097-585-5616

〈キリトリ線〉