

令和7年度 高齢者活躍人材確保育成事業

受講対象者はシルバー人材センター入会希望者と職種転換・就業希望の既存会員です。

申込年月日	令和 年 月 日	管理番号 (記入しないでください)					
講習会名	No.						
フリガナ			生年月日 (年齢)		性 別		
氏 名			昭和 年 月 日 (歳)		男 ・ 女		
住 所	(〒 -)						
自宅電話番号	- -		携帯電話番号	- -			
シルバー人材センター 入会希望者	月 日 に入会申込み予定		シルバー人材センター 会員	平成 年 月 日入会 令和	会員番号		
受講したい理由 (1つだけ数字に○)	1 習得技能をすぐに 就業に活かしたい	2 習得技能をいつか 就業に活かしたい	3 自分が職種に向い ているか確かめたい	4 自己啓発のため	5 友人が受講するから		
働きたい理由 (1つだけ数字に○)	1 生計のため	2 ゆとりある生計の ため	3 社会参加したい	4 家族・親戚のため	5 健康のため		
仕事に就きたい時期 (1つだけ数字に○)	1 すぐにも働きたい	2 1～3か月以内に	3 半年以内に	週に何日程度 働くことができますか？	_____ 日程度		
入会希望の方に おたずねします	あなたがシルバー人材センターに期待することは？						
既存会員の方に おたずねします	あなたが職種を変えたい理由・就業したい理由は？						
この講習会を なにで知りましたか？	1 入会説明会	2 センターの推奨	3 講習会チラシ	4 新聞など	5 イベント	6 クチコミ	7 その他 ()

- ・この受講申込書により、技能講習会への応募受け付け、及び受講者決定の書類選考を行います。
- ・締切日後の書類選考にて受講者を決定し、受講可否の通知を講習会開催日の1週間前迄にご自宅宛に郵送いたします。
- ・ご記入いただいた個人情報は当連合会が責任を持って管理し、高齢者活躍人材確保育成事業以外には使用しません。
- ・技能講習会の受講が決まった方のみを、高齢者活躍人材確保育成事業の参加者として登録いたします。
- ・登録の有効期限は**令和8年**3月末日です。

個人情報の取り扱いについては、当連合会「個人情報適正管理規程」により管理いたします。

なお、高齢者活躍人材確保育成事業のため、シルバー人材センター及び本事業の委託者である厚生労働省千葉労働局においても使用することがありますので、予めご了承ください。

上記取り扱いに関して同意いただけましたら、次のご署名欄に自署をお願いいたします。

令和 年 月 日 ご署名

【シルバー人材センターへの入会手続き】

地元のシルバー人材センターにご相談のうえ、入会手続きをお願いいたします。

【技能講習会のお申込み先】

この受講申込書の記入欄すべてにご記入のうえ、千葉県シルバー人材センター連合会宛に、郵送か F A X にて、申込締切日（必着日）迄にご送付ください。

【技能講習会の講習内容などについてのお問合わせ先】

公益社団法人 **千葉県シルバー人材センター連合会**（育成事業班）
〒260-0013 千葉県千葉市中央区中央3-9-16 大樹生命千葉中央ビル4階

TEL 043-227-5112
FAX 043-227-5197