

公益社団法人和歌山県シルバー人材センター連合会 行

(※) 管理者記入

申込年月日	平成 年 月 日	※ 管理番号	
講習名	施設等調理補助スタッフ講習		会場 串本町
フリガナ			性別 男 ・ 女
氏名			
生年月日	昭和 年 月 日	年齢	歳
住所	〒 -		
連絡先	電話 - -	FAX - -	携帯 - -
雇用保険受給	(1) 受給している ※(1)に該当する方は講習を受講する旨を講習開始日前までに職業安定所に連絡すること。 (2) 受給していない		
シルバー人材センターへの入会について	<p>※ 本技能講習は、原則、シルバー人材センターの会員になって就業していただける方が対象となっております。</p> <p>シルバー人材センターの会員ですか。 (1) はい (入会日 年 月 日) (2) いいえ (会員番号)</p> <p>上記(2)「いいえ」を選択した方について、シルバー人材センターに入会の意思はありますか。 (1) はい (平成 年 月 入会予定) (2) いいえ</p>		
申込の動機について	受講選考の際に使用しますので、具体的にお願いします。		
講習修了後の働き方について	<p>(1) 講習修了後、すぐに働くことができますか。 (はい ・ いいえ)</p> <p>(2) 上記で「いいえ」の場合、その理由を以下に記載ください。 ()</p> <p>(3) 週に何日程度働くことができますか。 () 日程度</p> <p>(4) 講習内容を活かして、どのような分野で働きたいですか。以下に記載ください。 ()</p>		
ご意見・ご希望など			

個人情報の取り扱いについては、「個人情報保護方針」を公益社団法人和歌山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、就業支援等のため、本事業の委託者である厚生労働省和歌山労働局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、和歌山労働局において把握した個人情報について、本事業における就業支援のため、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。
 上記の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願います。

平成 年 月 日

ご署名: _____

【お問い合わせ・連絡先】 公益社団法人 和歌山県シルバー人材センター連合会

〒640-8317 和歌山市北出島1丁目5番46号 TEL (073)435-5515 FAX (073)435-5516