

※この講習は、満60歳以上（令和6年3月31日時点）方が対象です。

申込年月日	令和 年 月 日	No.		
講習名	はじめての介護補助講習	会場	田辺市	
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	自宅		携帯	
緊急連絡先			氏名（続柄）	（ ）
申し込みのきっかけ （複数回答可）	<input type="checkbox"/> 折込チラシ <input type="checkbox"/> 会員からの紹介 <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> ハローワーク <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> その他（ ）			
シルバー人材センター の会員ですか？	(1) はい	センター名（ ）シルバー人材センター 入会年月（ 年 月 ）		
	(2) いいえ	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できる方が 対象となります。よろしいですか？ はい		
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	(1) すぐに働きたい（令和 年 月 頃入会予定） (2) いずれ働きたい 理由（ ）			
どの程度 働きたいですか	(1) 月に（ ）日程度 (2) 週に（ ）日程度			
就業したい仕事を 教えてください	(1) 当該講習にかかる仕事 (2) 当該講習以外でも求人のある仕事 (3) 自分のやりたい仕事（ ）			
ご意見・ご希望など	センターに対するイメージや要望など率直なご意見をお聞かせください。			

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、本事業における就業支援のため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。