

**FAX番号 099-206-5410**

鹿児島県アクティブシニア活躍推進協議会 行

※整理番号

※整理番号

介護サポートシニア人材育成セミナー・講習 参加受講申込書

	申込日	令和元年	月	日
ふりがな	-----			
氏名	性別	男性・女性		
	固定電話	-----		
生年月日	昭 和 年 月 日生〔 歳 〕	携帯電話	-----	
		F A X	-----	
所在地	〒 -			
申込希望の番号に○をつけてください。	※希望する番号に○をつけてください。セミナー・講習同時に申し込めます。 1 介護セミナー 7月25日(木) リナシティかのや 定員 先着50名 2 介護講習 8月6日(火)～8日(木)3日間 定員各回 先着20名 3 介護講習 8月28日(水)～30日(金)3日間 会場 寿光園敷地内 4 介護講習 9月9日(月)～11日(水)3日間 地域交流センター			
現在、就業中ですか？	1. はい	<input type="checkbox"/> 常用 <input type="checkbox"/> パート・臨時 <input type="checkbox"/> シルバー人材センター <input type="checkbox"/> その他		
	2. いいえ	<input type="checkbox"/> 自分の希望に合う仕事があれば働きたい。 ※どのような仕事を希望しますか？ 【 _____ 】 <input type="checkbox"/> シルバー人材センターでの就業を考えている。 <input type="checkbox"/> 今のところ仕事は考えていない。		
申し込みのきっかけ	1 ハローワーク 2 新聞折込 3 チラシ 4 シルバー人材センター 5 その他 (_____)			

- ※ ご記入いただいた個人情報は、セミナー・講習の運営及び就労支援の目的以外には使用することはありません。
- ※ 参加申込書に必要な事項を記入の上、電話、FAX、または持参・郵送など、いずれかの方法でお申し込みください。
- ※ セミナー定員先着50名 講習定員各回先着20名 予定人数に達した場合、お断りすることもあります。ご了承ください。
- ※ 参加申込された方については、後日連絡いたします。

鹿児島県アクティブシニア活躍推進協議会

〒890-0053 鹿児島市中央町9-1 鹿児島中央第一生命ビル8階

TEL (099) 297-4322 FAX (099) 206-5410

高年齢者活用啓発アドバイザー 田平

(鹿屋市シルバー人材センター内) FAX (0994) 43-2910

お問合せ先