

令和7年度 高齢者活躍人材確保育成事業

申込日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

【就 業 体 験】 申 込 書

公益社団法人 茨城県シルバー人材センター連合会 御中

※ 受講者選考・案内送付等で必要になりますので、お手数ですがもれなくご記入ください。

就 業 体 験 名				
開 催 日	令和 年 月 日 ()	会 場		
フリガナ		性 別	1 男 2 女	
氏 名				
生 年 月 日	昭和 年 月 日	年 齢	歳	
住 所	〒 - -			
連 絡 先	電話1 (固定)	- -	電話2 (携帯)	- -
	メールアドレス			
問1 健康状態は？	1 良好 2 良い 3 普通			
問2 申込みのきっかけは なんですか？ (複数回答可)	1 県広報誌 ひばり 2 ラッピング列車 3 ホームページ 4 パンフレット 5 チラシ 6 動画配信 7 新聞・タウン誌 8 ポスター 9 ラジオ 10 シルバー人材センターで 11 ハローワークで 12 市町村広報誌 13 その他 ()			
問3 就業体験終了後の働き方の希望は？	1 すぐに働きたい 2 いずれ働きたい			
問4 どの程度働きたいですか？	1 月であれば () 日程度 2 週であれば () 時間程度			
問5 就業したい仕事はなんで すか？	1 当該就業体験に係る仕事 2 当該就業体験以外でも求人のある仕事 3 自分のやりたい仕事 (具体的に記入してください。) ()			

※ 就業体験後の就業については確約できませんのでご了承ください。

お申込方法

お住まいの地域のシルバー人材センターまたは、茨城県シルバー人材センター連合会へ必要事項をご記入の上、直接お申込みください。受付時間は午前9時から午後5時までです。郵送・FAXでのお申込みはできません。

◎ 体験の1週間前を目安に通知をお送りいたします。

※個人情報の取扱いについて

この申込書は、就業体験決定及び決定者への諸連絡を実施するため記入していただくものです。

ご記入いただきました個人情報は、高齢者活躍人材確保育成事業の目的、及び入会希望者への案内以外には使用いたしません。

なお、個人情報の取り扱いについては、(公社)茨城県シルバー人材センター連合会ホームページでご確認いただけます。