

60歳以上の方の就業を応援します! 介護サポート講習③

受講料
無料



介護補助に必要な知識を 習得します。

実施期間 9/24(火)、26(木)、27(金)の3日間

申込締切日 9/13(金)正午

定員 20名

開催会場 ウェスタ川越 活動室3
川越市新宿町1-17-17

※各日概ね10時～15時(都合により一部変更になる場合があります。)

※定員を超える申込みがあった場合は選考となります。

対象

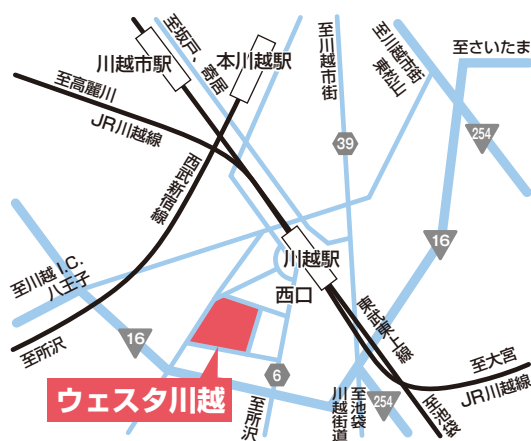
●シルバー人材センターへの**会員登録**を
希望される60歳以上の方。

※既にシルバー人材センター会員の方は、受講できません。

申込 方法

- ①裏面「受講申込書」にご記入の上、下記あて郵送またはFAXしてください。
- ②ホームページからもお申込みいただけます。

アクセスマップ



●JR川越線、東武東上線「川越駅」
西口から徒歩約5分

●西武新宿線「本川越駅」から
徒歩約15分

申込み
問合せ先

公益財団法人 **いきいき埼玉** (埼玉県シルバー人材センター連合)

〒362-0812 埼玉県伊奈町内宿台6-26 埼玉県県民活動総合センター内

TEL : 048-728-7841(平日8時30分~17時15分) FAX : 048-728-2130 <http://www.saitamaken-silver.jp>

「介護サポート講習③」 受講申込書

埼玉県シルバー人材センター連合 行

FAXでお申込みの場合、記載内容が読み取れないことがありますので、送信後お電話をお願いします。(平日8:30～17:15)

申込年月日	令和 年 月 日	管理番号※			
講習名	介護サポート講習③				
開催会場	ウェスタ川越(川越市)				
フリガナ		性別	男・女	年齢	歳
氏名		生年月日	昭和 年 月 日		
住所	〒 -	連絡先	電話	-	-
			FAX	-	-
			携帯	-	-
Eメールアドレス					
1.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)					
2.シルバー人材センターへの入会について	(1) シルバー人材センターに入会の意思はありますか。(はい・いいえ) 「はい」の回答した方はご記入ください。→ 入会予定日 年 月 日				
※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。 ※既にシルバー人材センター会員の方は、受講できません。					
3.講習終了後の働き方について	(1) 講習終了後、すぐに就業(働くこと)ができますか。(はい・いいえ) (2) 上記で「いいえ」の場合、その理由を以下に記載ください。 _____				
4.シルバー人材センターについてお伺いします	シルバー人材センターのイメージや期待することは何ですか。(複数回答可「レ」をしてください) <input type="checkbox"/> 1. 賃金の確保 <input type="checkbox"/> 2. 地域社会への貢献 <input type="checkbox"/> 3. 地域コミュニティへの参画 <input type="checkbox"/> 4. 自分の能力を活かせる <input type="checkbox"/> 5. 健康の維持 <input type="checkbox"/> 6. 友達、友人づくり <input type="checkbox"/> 7. 生活のリズム <input type="checkbox"/> 8. いきがいづくり <input type="checkbox"/> 9. その他()				
5.本講習についてどこで知りましたか	<input type="checkbox"/> 1. いきいき埼玉・埼玉県民活動総合センター <input type="checkbox"/> 2. シルバー人材センター() <input type="checkbox"/> 3. ハローワーク() <input type="checkbox"/> 4. 県庁・市町村役場() <input type="checkbox"/> 5. 図書館・公民館等() <input type="checkbox"/> 6. 新聞・彩の国だより等() <input type="checkbox"/> 7. その他()				
6.ご意見・ご要望など					

個人情報の取扱いについては「個人情報保護方針」を(公財)いきいき埼玉ホームページでご確認ください。
 なお、個人情報については、本事業の委託者である厚生労働省埼玉労働局やシルバー人材センターからご案内等をするため使用することがありますので、予めご了承ください。
 上記の取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。
 年 月 日
 ご署名： _____

※は記入しないでください。

< 申込みFAX番号 > 048-728-2130 FAX番号のかけ間違いにご注意ください。

●本講習は雇用保険受給の認定における求職活動実績の対象にはなりません。