

シニア就業支援プログラム事業参加申込書

整理番号

申込日 平成 年 月 日

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏 名			
生年月日	昭和 年 月 日 (歳)		
電話番号	(自宅) — —	(携帯)	— —
住 所	〒 —		
経験した 主な職歴	①		
	②		
免許・資格等	自動車運転免許 (有 ・ 無) その他(具体的に記載)		
希 望 (○を付けて下さい。) ※複数可	ボランティア	コミュニティビジネス	余暇活動
	雇用・就業	(その形態等)
	その他()
希望に関する 具体的事項	(分野や内容など、やってみたいことを記載してください。)		
本事業への参加 申込みに当たっ てのコメント	(特技やご自身が向いていると思うこと、興味のあることなどを記載してください。)		
本事業への参加 申込みをする 理 由			

※ 本申込書に記載された内容は、シニア就業支援プログラム事業以外には使用いたしません。

※ 申込先 〒020-0021 岩手県盛岡市中央通2丁目2番5号住友生命盛岡ビル10階
社団法人 岩手県シルバー人材センター連合会

電話 019-621-8671

FAX 019-621-8672