

技能講習会

# 高齢者家事サポーター

シルバー人材センターが実施する派遣、請負・委任に就業するための基礎知識・専門知識を学んでいただく技能講習会を開催いたします。

対象 **60歳** 以上の方

参加費 **無料**

日程 **令和6年 11/14木~15金**

定員 **15名** 申込締切 **令和6年 10/31木** ※当日必着

対象 福岡県内にお住まいの60歳以上の方で、シルバー人材センター会員になって就業していただける方。

会場 **柳川市シルバー人材センター 三橋出張所** (柳川市三橋町正行471)



講習内容

高齢者の尊厳と自立、老化の基本的理解、認知症に関する知識、介護サービスの基本と家事援助について具体的に学びます。

1日目	10:00 ~ 12:00	開講式、オリエンテーション 介護保険制度 介護・福祉の理念
	13:00 ~ 16:00	職業倫理、高齢者の理解 認知症の理解
	2日目	10:00 ~ 12:00
	13:00 ~ 16:00	リスクマネジメント、緊急時の対応 コミュニケーション技術、閉講式

※カリキュラムの内容については、都合により変更する場合があります。

**申込方法** 裏面の申込用紙に必要事項をご記入の上、お住いの地域のシルバー人材センターに提出いただくか、下記までFAXまたは郵送でお申込みください。また、ホームページからもお申込みできます。

**受講決定** 応募者多数の場合、選考基準に従い決定させていただきます。お申込み者全員に選考の結果をお知らせします。

シルバー会員募集中!...まずはお気軽にお住いの地域のシルバー人材センターへお問合せください。

申込・  
問合せ先

**公益社団法人 福岡県シルバー人材センター連合会**  
〒812-0046 福岡市博多区吉塚本町9番15号 福岡県中小企業振興センタービル8階  
**TEL 092-292-1857 FAX 092-623-5677**



福岡県シルバー連合会

# 技能講習会 / 高齢者家事サポーター 申込書 (講習 No.40006)

ふりがな			性別	入会状況 (申込時点)	
氏名			1. 男 2. 女	1. 非会員 2. シルバー会員	
生年月日	昭和	年	月	日	年齢 歳
住所	〒 - ※マンション・アパート名、部屋番号まで記入してください。				
連絡先	自宅	( )	-		
	携帯	( )	-		
この講習会をどのようにして知りましたか。 該当する数字に○を付けてください。(複数選択可)					
1. シルバー人材センター 2. ハローワーク 3. 市町村広報誌 4. 新聞 5. 新聞折込チラシ 6. フリーペーパー 7. テレビ 8. シルバー会員・知人の紹介 9. ホームページ 10. 説明会 11. その他 ( )					
(アカイに○を付け、必要事項をご記入してください) ア. 現在の職種 ( ) 職種転換希望理由 [ ] イ. 未就業中 希望職種 ( )					

受講選考基準としますの以下記の必要項目を記入してください。

申込の動機 (具体的に記入してください)	_____
	_____

「1. 非会員」と回答された方は以下を必ずご記入ください。

非会員	① シルバー人材センターへの入会意思がありますか。( 1. あり 2. 検討中 ) ② シルバー人材センターに入会希望または検討中の理由は何ですか。(複数回答可) 1. 収入の確保 2. 地域貢献 3. 地域コミュニティへの参加 4. 健康維持 5. 自分の知識や技能を活かしたい 6. 仲間づくり 7. 生きがいづくり 8. その他 ( ) ③ 希望する就業の職種 (複数回答可) 1. 保育補助・学童保育 2. マンション管理・施設管理 3. 除草・草刈り 4. 庭木の剪定 5. 家事援助 6. 調理補助 7. チラシ・広告等のポスティング 8. その他 ( ) ④ 講習終了後すぐに働くことができますか。( 1. はい 2. いいえ ) いいえの理由： _____ ⑤ 週に何日程度働くことができますか。( ) 日程度
-----	--

個人情報の取り扱いについて	個人情報の取り扱いについては「個人情報保護法方針」を(公社)福岡県シルバー人材センター連合会のホームページ等でご確認ください。(ホームページアドレス : <a href="https://www.fscr.or.jp">https://www.fscr.or.jp</a> ) 受講・体験申込及び受講・体験により取得した個人情報は、「高齢者活躍人材確保育成事業」における技能講習・就業体験・セミナーのほか、高齢者の就業支援のため、本事業の委託者である厚生労働省福岡労働局において使用すること、更に本事業における就業支援等、案内のため福岡県シルバー人材センター連合会及び地域シルバー人材センターと共有することについてもご了承ください。 (※) 上記の取り扱いに関して同意いただけましたら、次の署名欄に自署願います。
	令和 年 月 日 署名： _____

