

全員お答えください

様 ()

就業意向

現在就業中（シルバーからの紹介）

仕事を紹介してほしい

働けない 期限 年 月まで
 （理由）1. アルバイト・パート中
 2. 家庭の事情
 3. 健康状態
 4. その他 []

働く気持ちがない

登録内容		変更なし	訂正・変更あり	
フリガナ		<input type="checkbox"/>	フリガナ	
電話番号		<input type="checkbox"/>	電話番号	
携帯電話		<input type="checkbox"/>	携帯電話	
FAX		<input type="checkbox"/>	FAX	
メール		<input type="checkbox"/>	メール	
緊急連絡先		<input type="checkbox"/>	緊急連絡先	
電話		<input type="checkbox"/>	続柄	
住所		<input type="checkbox"/>	電話	
			住所	
希望就業日	一週当たり 日間	<input type="checkbox"/>	希望就業日	月 火 水 木 金 土 日 祝 一週当たり <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (日間)
希望時間	一日当たり 時間	<input type="checkbox"/>	希望時間	(: ~ :) 夜間 (時間) (可・否)
希望職種	1. 2. 3. 4. 5.	<input type="checkbox"/>	希望職種	1. 2. 3. 4. 5.

現在の状況（全員記入）

健康状態

現状	<input type="checkbox"/> 丈夫	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 弱	既往症・持病 ()
目	<input type="checkbox"/> 良い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 弱	
耳	<input type="checkbox"/> 良い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 弱	
手	<input type="checkbox"/> 良い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 弱	
足	<input type="checkbox"/> 良い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 弱	
腰	<input type="checkbox"/> 良い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 弱	
血圧	<input type="checkbox"/> 低い	<input type="checkbox"/> やや低い	<input type="checkbox"/> 普通	

やや高い 高い

交通手段 車 バイク 自転車 公共交通機関 徒歩 その他 ()

会員名簿記載事項（会員番号・氏名は全員掲載）

住所 (可・否)

電話番号 (可・否)

上記のとおり、更新を申込みます。
 また、記載の個人情報については、シルバー人材センター事業目的に限り活用することに同意します。

更新日 令和5年 月 日 **署名** _____