

(様式第1号)

令和 年 月 日

入会申込書

公益社団法人
加古郡広域シルバー人材センター

理事長様

申込者

住所 : _____

(フリガナ) : ()

氏名 : _____

性別 : _____ 年齢 : _____ 歳

私は、公益社団法人加古郡広域シルバー人材センターの会員になりたく、定款第6条の規定により、別添入会申込書により申請します。

センター会員の紹介でご入会された場合は、紹介者の氏名をご記入ください。

紹介会員氏名 ()

入会申込書-2

申込日 年 月 日

入会日	令和 年 月 日	写 真 3.0×4.0cm	入会の動機 1. 生きがい、社会参加 2. 仲間作り 3. 時間的余裕 4. 健康維持・増進 5. 経済的理由 6. その他 ()	入会経路 1. 公共機関 2. 会員紹介 3. マスコミ 4. センターの広報・資料など 5. ホームページ 6. その他 ()	退会の理由 1. 病気(本人) 2. シルバー事業を通じて就職 3. その他で就職 4. 死亡 5. 転居 6. 希望する仕事なし 7. 就業機会なし 8. その他(6種類あり)
退会日	令和 年 月 日				

氏名	フリガナ	生 年 月 日
	性別 ()	

昭和 年 月 日
入会時満年齢 (歳)

〒 675-
電話: ()
携帯:
メールアドレス:

緊急連絡先
氏名 (本人・自宅以外の連絡先)
住所
電話: 携帯:
続柄 ()

主 な 職 歴	年数	勤務先・仕事内容	勤務期間	希望する仕事	順位	仕事の内容	資格・免許・特技	1 2 3
	年	勤務先: 内容:	年から 年まで		希望しない仕事	1		
年	勤務先: 内容:	年から 年まで		2				
年	勤務先: 内容:	年から 年まで		3				
年	勤務先: 内容:	年から 年まで		確認事項	・失業保険受給中の方は給付終了後の入会をお願いします。			

(自由記載欄)
センターへの要望等、自由に記入してください。

希望する時間
1週間あたり 日
月 火 水 木 金 土 日 祝
1日あたり 時間
時から 時位まで

受付担当者
備考

就業承諾書

私は、貴シルバー人材センターへ入会を申込みするに当たり、次の事項を承諾するとともに、これを厳守し、貴シルバー人材センターの事業発展に貢献するよう努力いたします。

記

- 1 貴シルバー人材センターの基本理念、目的趣旨に賛同し、貴シルバー人材センターの定款、会員就業規則その他諸規程を厳守すること。
- 2 シルバー人材センターの業務は、臨時的かつ短期的な就業又はその他の軽易な業務に係る就業（雇用によるものを除く。）を希望する高年齢退職者のために、これらの就業の機会を確保し、及び組織的に提供することと理解し、就業に際しての条件（配分金、就業時間、仕事の内容等）は、センターと発注者が協議して決定したものに従い、これらのことについて発注者と直接交渉しないこと。
- 3 入会しても、すぐに就業できるとは限らないこと。
- 4 会員と発注者あるいはセンターとの間には、雇用関係はありませんが、平成 25 年 10 月 1 日に健康保険法が改正され、業務上の負傷と認定された場合は労災保険が適用されることとなり、労災保険が適用されない場合は健康保険の対象となる。
- 5 就業先において、シルバー人材センターから提供された業務以外に従事することなく、常に安全・適正就業に心掛け、傷害、損害事故等を起こさないよう十分注意すること。
- 6 会員の故意又は重大な過失又は自動車の所有、使用、管理に起因する賠償責任が発生したときなど、「シルバー人材センター総合賠償責任保険」で担保できない賠償は会員が負うものとする。

令和 年 月 日

公益社団法人
加古郡広域シルバー人材センター
理 事 長 様

住 所

氏 名

⑩

シルバー団体傷害保険について

会員の皆さんとセンター及び発注者との間に雇用関係がないため、労働者災害補償保険の適用はありません。このため、センターでは会員の皆さんが安心して働けるように、入会と同時に「シルバー人材センター団体傷害保険」に加入し、万一就業中に怪我や事故等に遭った場合は、この保険の適用を受けることとなります。

① 保険の適用範囲

- (1) センターから、提供された仕事で就業中に遭った傷害事故。
- (2) 仕事に従事するために指定された就業場所と自宅との往復途上で遭った傷害事故（但し、通常の経路に限る。）。
- (3) 急激かつ偶発的な外来の事故であること。

② 保険金が支払われない場合

- (1) 自宅で作業中の傷害
- (2) 故意による事故
- (3) 犯罪行為又は闘争行為による傷害
- (4) 無免許運転中又は酒酔運転中の事故
- (5) 会員の脳疾患、疾病又は心身喪失
- (6) 地震・噴火・津波・洪水等の天災による事故
- (7) 自覚症状しかないむち打ち症や頸椎捻挫等の頸部症候群
- (8) 自覚症状しかない腰痛等

③ 保険の種類及び給付内容

- | | | |
|-------------|----------------------|------------|
| (1) 死亡保険金 | (最高) | 1,000 万円 |
| (2) 後遺障害保険金 | (最高) | 1,000 万円 |
| (3) 入院保険金 | (事故日から 180 日限度) | 日額 3,000 円 |
| (4) 通院保険金 | (事故日から 90 日限度、通院日のみ) | 日額 2,000 円 |
| (5) 手術保険金 | 入院を伴う手術 | 入院日額×10 倍 |
| | 入院を伴わない手術 | 入院日額× 5 倍 |

総合賠償責任保険

就業中に誤って発注者などの所有物に損害を与え又は、発注者などに傷害を負わせるなどしたときは、シルバー人材センター総合賠償責任保険が適用されます。ただし、損害を与えた額の全額は補償されません。又、シルバー人材センター総合賠償責任保険で担保出来ない賠償は会員が負うこととなります。

※ 内容は、令和 3 年 4 月 1 日現在です。状況によって変更となります。入会のしおりと共に大切に保管して下さい。

き り と り せ ん

公益社団法人加古郡広域シルバー人材センター

理事長 様

シルバー団体傷害保険・総合賠償保険の内容について承知しました。

令和 年 月 日

加入申し込み者 住 所 _____

氏 名 _____

家族(配偶者等) 住所 _____

家族(配偶者等)氏名 _____

シルバー人材センター加入申込者アンケート用紙

加入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

会員申込者氏名： _____

今後の参考とさせていただきたく、アンケートにご協力ください。よろしく申し上げます。

(該当する項目を○で囲んでください。また () 内にコメント等をご記入ください。)

1. シルバー人材センター会員申込みのきっかけは何でお知りになりましたか
① テレビ ② ラジオ ③ 新聞 ④ 県民だよりひょうご
⑤ 市広報 ⑥ シルバー人材センター広報誌 ⑦ チラシ
⑧ その他 (_____)
2. セミナー・シンポジウムの参加 ①有 ②無
有と答えた方➡セミナー・シンポジウム名 (_____)
3. シルバー人材センターに期待すること
(_____)
4. その他、ご意見・ご要望等がございましたら、ご自由にお書きください。
(_____)

ご協力ありがとうございました。

加古郡広域シルバー人材センターの公式 LINE の登録をお願いします！

シルバー人材センターからの情報は LINE でもお送りしています。

右側の QR コードを読み取り、友だち追加をお願いします。

追加の方法が分からない方は、事務局までお気軽にお問い合わせください。

