「キャリア診断サービス」申込用紙

福岡職業能力開発サービスセンター 宛　FAX：092-671-1354　TEL：092-671-5918

申込先

※　FAX 送信の際に、その旨 TEL にてご一報下さい。

なお、この申込用紙は、各サービスセンターから中央職業能力開発協会へ送付されます。

申込日	年　　月　　日		
ふりがな			
法人名			
ふりがな			
所在地	〒		
ふりがな		ＴＥＬ：　　－　　－	
担当者	＜役職名＞	ＦＡＸ：　　－　　－	
		E-mail：	
業　　種 ※1			
事業内容 ※1			
企業規模 ※2	・大企業　・中小企業　・その他 （　　）		
従業員数 ※3	従業員数（　　）人［うち　正社員（　　）人　正社員以外（　　）人］		
キャリア診断サービス	**実　施　日**	月　　日（　）　から	
	シート記入方式 ※4	・手書き　　・web	
	実施希望人数 ※5	人（**原則 100 人まで**）	
	キャリア･カウンセリング希望人数 ※6	人（**原則 10 人程度まで**）	

必ず社内の運用関係者および決裁者の承認を得た上で、お申込みいただきますようお願いいたします。

↓ご記入に際しては下記の注意事項をご確認ください↓

※1　「業種」、「事業内容」について複数ある場合は、主要事業についてのみご記入ください。

※2　「企業規模」は、該当する箇所に○を付けてください。「その他」は、大企業、中小企業も該当しない場合にご記入ください。
（例）財団法人、社団法人など

※3　「従業員数」は実施を希望する法人の全従業員数、「正社員」は「従業員数」のうちの正社員の人数、「正社員以外」は契約社員やパート、アルバイトなどの人数をご記入ください。
また、対象者の一部が他都道府県の支店等に常駐している場合は、予めご相談下さい。

※4　実施方法について、「手書き」方式か「ｗｅｂ」方式かのいずれかに○を付けてください **※方式の併用不可**

※5　シートＢの実施人数について、100 人以上になる場合は事前にご相談ください。

※6　「キャリア・カウンセリング」は、従業員を対象としたもので、人数制限をしておりご希望に添えない場合があります。(事前打合せ時に人数等確定いたします)。なお、キャリアコンサルタントの守秘義務により、個別のカウンセリング内容についての報告はいたしません。また、人事担当者など、対象者以外の方は同席できません。

個別のキャリア・カウンセリング(シート C)の実施は「必須」ではありません。