

「キャリア診断サービス」申込用紙

申込先

最寄りの職業能力開発サービスセンターにお申込みください。
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 10~15 人まで)



申込前に必ず社内でご検討、ご了承をいただいてからお申込みいただきますようお願いいたします。
また、下記の注意事項をご確認のうえ、ご記入ください。

- ※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。
- ※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。
- ※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ので、事前にご相談ください。
また、人事担当者など、対象者以外の方は同席できません。