

## ジョブ・カード講習 受講申込書

※下記項目全てにご記入もしくは選択して頂き、「個人情報のお取り扱いについて」に同意の上、FAXにてお送りください。

申込会場	●開催日： 月 日 - 月 日		●開催地：	
フリガナ			生年月日	昭和 年 月 日生
氏名				(西暦 年)
連絡先 □自宅 □勤務先	住所	〒		
	電話番号			携帯番号
	※いずれか必須	FAX		
	E-MAIL (携帯不可)	@		
勤務先	名称			
	所属部署	電話 (直通)		
ジョブ・カード講習修了者の配置状況	下記のうちあてはまるものをチェック <input type="checkbox"/> 勤務先はジョブ・カード講習修了者が配置されていない <input type="checkbox"/> 勤務先はジョブ・カード講習修了者が配置されている			
勤務先での職業訓練実施について	下記のうちあてはまるものをチェック <input type="checkbox"/> 勤務先は求職者支援制度における職業訓練実施校である <input type="checkbox"/> 勤務先は求職者支援制度における職業訓練を実施する予定である <input type="checkbox"/> 勤務先は公共職業訓練 (離職者訓練・学卒者訓練) 実施校である <input type="checkbox"/> 勤務先は公共職業訓練 (離職者訓練・学卒者訓練) を実施する予定である <input type="checkbox"/> 勤務先は求職者支援制度における職業訓練及び公共職業訓練 (離職者訓練・学卒者訓練) を実施する予定はない <input type="checkbox"/> その他 ( )			
受講資格について	下記のうちあてはまるものをチェック・記入 (詳細はHPをご覧ください。) (1) キャリア・コンサルタント資格保有者の方 <input type="checkbox"/> キャリア・コンサルティング技能士 <input type="checkbox"/> 平成28年3月31日までに指定のキャリア・コンサルタント試験合格または講座修了者 資格・講座名 _____ 取得・修了年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 登録・会員番号 _____ (2) ①官民の需給調整機関等、地域ジョブ・カードセンター又は地域ジョブ・カードサポートセンター、有期実習型訓練等を実施又は計画する企業におけるジョブ・カード制度の担当部署及び求職者支援訓練を実施又は予定する民間教育訓練機関をはじめとした教育・訓練機関に雇用されている若しくは、②ひとり親の支援を行う機関で相談業務に従事し、雇用されている機関の長から推薦を受けた方 (★必ず雇用関係のある機関の長からの推薦状を提出してください) <input type="checkbox"/> イ. 産業カウンセラー資格を有する方 <input type="checkbox"/> ロ. 常勤で職業相談・職業紹介、人事労務、その他キャリアに関する業務に係る経験を概ね3年以上有する方 (②の方は常勤でなくても結構です) <input type="checkbox"/> ハ. 常勤でキャリア・コンサルティング業務に専ら従事する方で、現に職業相談業務に1年以上携わる方 (②の方は常勤でなくても結構です) (ハ) の方は以下の項目もご記入ください。 ・勤務日数 _____ 日/月 1日の勤務時間 _____ 時間/日 ・上記のうち (ハ) に従事している日数 _____ 日/月 1日の従事時間 _____ 時間/日			
提出書類 (必ずこの申込書と併せてご送付ください)	下記のうちあてはまるものをチェック <input type="checkbox"/> キャリア・コンサルティング技能士資格認定証 <input type="checkbox"/> 他、指定のキャリア・コンサルタント資格認定証または講座修了証 <input type="checkbox"/> 推薦状 <input type="checkbox"/> 登記簿謄本の写しまたは個人事業の開業届出書等 (自薦の方のみ)			
※必須	<input type="checkbox"/> 「個人情報のお取り扱いについて」に同意して申し込みます。(レ印をつけてください) 「個人情報のお取り扱いについて」は、 <a href="http://www.job-card.jp">http://www.job-card.jp</a> をご参照ください。			

※受講のご案内はFAXまたはEメールにて指定日までに送付いたします。ご記入漏れ・お間違いにご注意ください。