

～企業文化に溶け込み主体的行動へ変革させる～

大崎圏域中小企業 現業職向け

中堅社員育成 フォローアップ研修

次世代リーダー候補として、中堅社員の育成は喫緊の課題です。中堅社員は組織のスリム化、フラット化の中で、自分で考え、自分で判断し、自分で行動することが求められています。この研修は、人材育成のための「4つの条件」に基づいて研修を進め、仕事や人間関係の悩みを解消して、主体的行動ができるように自分を変革させる研修です。

— 研修の概要 —

今回はこれまでの仕事について振り返ってもらい自己チェックと課題整理を行いながら自分自身へ気づきを得ていただきました。フォローアップ研修では事例研究を全体討議します。今後のキャリアプラン（自己啓発計画）の立案では日頃の上司、同僚からの助言を参考にして仮想場面で3年後の「見違える自分に成長」した姿を自己賛辞し、自分の進路を確固たるものにします。

1日目 10月11日(火) 9:00～17:00

1. いまこそ「自己革新」へ挑戦するチャンス

～ 取り巻く環境変化を予測し自己成長を目指す ～
自己革新の阻害要因

演習：ジョハリの4つの窓、事例研究

2. 自己啓発計画 ～自己啓発計画を作成する～

環境予測・人物像・価値観発見

活動分野・目標・計画

2日目 10月12日(水) 9:00～17:00

学習目標・仕事目標・経験目標

3. 3年後の自分 ～見違える自分を描く場面～

演習：リーダーの重要な資質とは

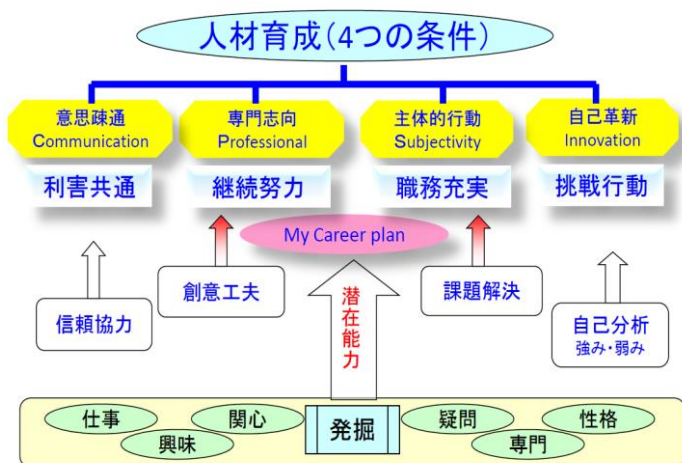
演習：リーダーに求められる行動

4. 3年後の自分 ～私から届けたいメッセージ～

演習：「3年後の自分」メッセージ作成

5. 発表とまとめ

申込期限：令和4年9月27日(火)



製造業の他、建築・土木・インフラ分野等、技術的職業に関連する方も受講できます。

開催要項

【日程】 令和4年10月11日(火)・12日(水) 9:00～17:00

【会場】 大崎地域職業訓練センター (大崎市古川西館三丁目9番10号)

【対象者】 大崎圏域に所在する中小企業に雇用された中堅社員の方
(雇用保険被保険者であること)

【定員】 20名 【持参品】 筆記用具

【受講料】 7,000円(予定)

【申込先】 〒989-6156 大崎市古川西館三丁目9番10号
大崎地域職業訓練センター ☎ 0229-22-1509 ・ Fax 0229-21-9550
申込書に必要事項をご記入のうえ、FAX又は郵送にて大崎地域職業訓練センター
まで提出してください。(申込期限：9月29日)

【講師】 ヒューマンネット48
キャリアプランニングアドバイザー
今野 泰之 氏 (元OVTA海外職業訓練協会 国際アドバイザー)

お知らせ

女性の受講が増えている「管理・監督者訓練(TWI-JI・JM・JR)」も開催しております。詳しくは当センターHPをご覧ください。

事業所	事業所名											事業主名											⑩					
	事業所在地	〒										TEL ()	-															
												FAX ()	-															
	担当者名	役職名					氏名					資本金	万円															
	雇用保険適用事業所番号																						全従業員数	人				

受講者①	ふりがな											氏名											男女	住	〒														
	生年月日	S・H					年					月					日					所	TEL ()										-						
	雇用保険番号																							雇用年月日	年					月					日				
	職務内容											職務経験	年					ヶ月					最終	中学・高校					S・H・R										
												年数											学歴	短大・大学					年					月					
	申込コースに○をつけてください										<input type="checkbox"/> 中堅社員研修 令和4年6月7日～8日(2日間)										<input type="checkbox"/> 中堅社員フォローアップ研修 令和4年10月11日～12日(2日間)																		

受講者②	ふりがな											氏名											男女	住	〒														
	生年月日	S・H					年					月					日					所	TEL ()										-						
	雇用保険番号																							雇用年月日	年					月					日				
	職務内容											職務経験	年					ヶ月					最終	中学・高校					S・H・R										
												年数											学歴	短大・大学					年					月					
	申込コースに○をつけてください										<input type="checkbox"/> 中堅社員研修 令和4年6月7日～8日(2日間)										<input type="checkbox"/> 中堅社員フォローアップ研修 令和4年10月11日～12日(2日間)																		

受講者③	ふりがな											氏名											男女	住	〒														
	生年月日	S・H					年					月					日					所	TEL ()										-						
	雇用保険番号																							雇用年月日	年					月					日				
	職務内容											職務経験	年					ヶ月					最終	中学・高校					S・H・R										
												年数											学歴	短大・大学					年					月					
	申込コースに○をつけてください										<input type="checkbox"/> 中堅社員研修 令和4年6月7日～8日(2日間)										<input type="checkbox"/> 中堅社員フォローアップ研修 令和4年10月11日～12日(2日間)																		

*各受講者の雇用保険被保険者資格取得等確認通知書の写しを添付してください。

*この申込書に記載された個人情報には訓練実施の目的以外には使用いたしません。