

～次世代リーダーに求められる「4つの条件」～

大崎圏域中小企業 現業職向け

中堅社員研修

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 —

研修は2回シリーズで行います。第1回目は「過去の振り返り」から課題整理を行います。人材育成「4つの条件」に絡ませ、自己チェックと課題整理を繰り返しながらインセンティブを与えます。第2回目はフォローアップ研修として、企業文化に溶け込む「3年後の自分」を語り、最終的に自己啓発計画書を作成します。

1日目 6月7日(火) 9:00～17:00

オリエンテーション

1. 中堅社員に期待されること

～次世代リーダーとしての自覚～

振り返りグループ討議：「仕事の悩みと課題整理」

2. 「意思疎通」で信頼と協力関係の構築

～コミュニケーション能力の見直しと強化～

人との接し方、自己評価と他者評価

2日目 6月8日(水) 9:00～17:00

3. 「専門志向」仕事の棚卸

～プロフェッショナルとは創意工夫と継続努力～

職務経歴と自己チェック

4. 「主体的行動」で目標の道筋を拓く

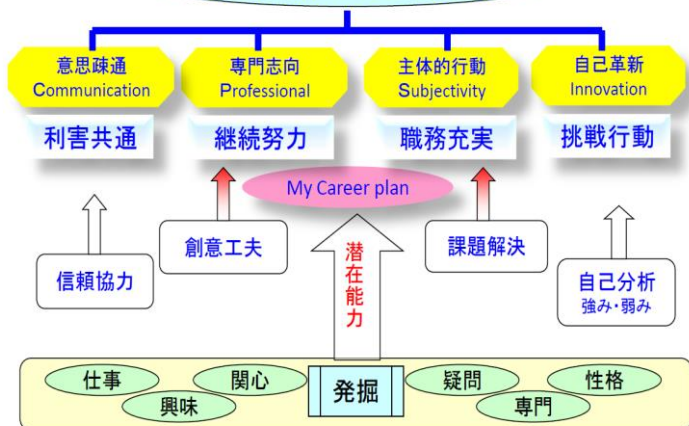
価値観分析、性格分析、キャリア志向性

5. 「自己革新へ」取り巻く環境を予測する

アンケートとまとめ

申込期限：令和4年 5月24日(火)

人材育成(4つの条件)



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6月7日(火)・8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：5月25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

シリーズ「中堅社員育成 フォローアップ研修(10/11～10/12開催)」申込受付中です。効果を高めるためにもセット受講をお勧めします。

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															職務経験年数					年					ヶ月					最終学歴					中学・高校 短大・大学 他 ()					S・H・R 年 月 卒業・中退									
	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															職務経験年数					年					ヶ月					最終学歴					中学・高校 短大・大学 他 ()					S・H・R 年 月 卒業・中退									
	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															職務経験年数					年					ヶ月					最終学歴					中学・高校 短大・大学 他 ()					S・H・R 年 月 卒業・中退									
	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。