

「ジョブ・カード講習」受講 推薦状

ふりがな				
受講者氏名				
実務経験の期間及び内容				
勤務先名 (支店名まで記入)	勤務地 (所在市区町村まで記入)	役職名	期 間	内 容
			年 月 ～ 年 月	
			年 月 ～ 年 月	
			年 月 ～ 年 月	
※ロ、ハの条件（勤務内容、期間）を満たしているか、ご確認のうえ送付ください。 ※事実と異なる記載をしていることが判明した場合は、受講できない場合があります。				
通 算 期 間		年	ヶ月	
※ 職業相談に係わる資格を保有していない方は、推薦を行う機関等に雇用されており、下記のいずれかを満たしている必要があります。 ロ 常時勤務する者として職業相談・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 ハ 常時勤務する者としてキャリア・コンサルティング業務に専ら従事する方であって、現に職業相談業務に 1年以上 携わる方				
上記の者の「ジョブ・カード講習」受講を推薦します。				
所在地	〒		平成	年 月 日
◇ 下記いずれかの名称、及びその長の氏名				
【需給調整機関等、地域ジョブ・カードセンター、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、教育訓練機関】				
組織名				
代表者名 _____ (印)				
※ 受講される方が代表取締役など社内の最高責任者等で、自身を推薦する場合は、登記簿謄本等の写しが別途必要です。				

※ 個人情報の取扱いについて

1. お預かりした個人情報は、厚生労働省及び登録団体の個人情報保護方針に基づき、安全に管理し、保護の徹底に努めます。
2. 個人情報は、参加者名簿の作成、受講者への受講証の作成・送付、受講要件等の確認のための連絡等、『ジョブ・カード講習』の実施に必要な事項にのみ使用いたします。
3. お預かりした個人情報により作成した参加者名簿は、『ジョブ・カード講習』当日の、講師及び参加者等の関係者に限り配付させていただきます。但し、これ以外には法令に基づく場合などを除き、個人情報を第三者に開示、提供することはありません。
4. 利用目的のために案内状や参加証、テキストの送付などを外部に委託する場合は、登録団体が個人情報を適切に取り扱うと認める委託先を選定し、登録団体との間で守秘義務契約を締結の上、業務先に対する適切な監督を行います。なお、委託先にはご本人、ご連絡担当者へのサービス提供に必要な個人情報だけを開示し、サービス提供以外に使用させることはありません。
5. ご本人からの求めにより、開示対象個人情報の利用目的の通知、開示、訂正、追加又は削除、利用の停止、消去及び第三者への提供の停止に応じます。この件については、厚生労働省又は登録団体へご連絡下さい。
6. 本案内記載事項の無断転載をお断りします。

ジョブ・カード講習実施申込書

年 月 日

厚生労働省職業能力開発局長 殿

申出者名（実施機関名）

代表者名

住 所

電話番号

印

別添の実施日程等により、ジョブ・カード講習を実施いたしたく申し出ますので、
よろしくお取り計らいください。

ジョブ・カード講習実施日程書

※開催者番号

申出者名（実施機関名）

問い合わせ窓口：

問い合わせ先：

開催日時	※講習会場番号	開催場所	受講者数	講師（予定者）

（記載要領）

- 1 実施申出書は、厚生労働省職業能力開発局育成支援課キャリア形成支援室から電子媒体で配付する様式に記入し、書面及び電子媒体により提出すること。
- 2 ※欄は厚生労働省において番号を付与するものであるので、実施機関においては記入しないこと。

ジョブ・カード講習受講予定者名簿

※開催者番号
※講習開催番号

申出者名（実施機関名）：

開催予定日時： 年 月 日

受講者番号	受講予定者氏名（ふりがな）	生年月日

（記載要領）

- 1 実施申出書は、厚生労働省職業能力開発局育成支援課キャリア形成支援室から電子媒体で配付する様式に記入し、書面及び電子媒体により提出すること。
- 2 ※欄は厚生労働省において番号を付与するものであるため、実施機関においては記入しないこと。
- 3 受講者名簿は、講習の開催日ごとに作成すること。

ジョブ・カード講習受講者名簿

開催者番号
講習開催番号

厚生労働省職業能力開発局長 殿

申出者名（実施機関名）

代表者名

印

住 所

電話番号

開催日時 : 年 月 日

受講者番号	受講者氏名（ふりがな）	生年月日

（記載要領）

- 1 実施申出書は、厚生労働省職業能力開発局育成支援課キャリア形成支援室から電子媒体で配付する様式に記入し、書面及び電子媒体により提出すること。
- 2 開催者番号及び講習会場番号は、講習実施申出の際に厚生労働省から付与されたものを記入すること。
- 3 受講者番号は、講習実施申出の際に講習受講予定者名簿に記載したものと同一番号を記入すること。

登録用フォーム

①	フリガナ 氏名*	
②	所属	
③	生年月日*	
④	電話番号* (自宅・携帯・勤務先のいずれかで連絡のつきやすい番号)	(自宅・携帯・勤務先・その他) いずれかに○
⑤	メールアドレス (自宅・携帯・勤務先のいずれかで連絡のつきやすいアドレス)	(自宅・携帯・勤務先・その他) いずれかに○
⑥	住所* (自宅・勤務先のいずれかで連絡のつきやすい住所)	(自宅・勤務先) いずれかに○ 〒
⑦	登録のための要件*	<p>(1) キャリア・コンサルタント能力評価試験合格者等 (新基準適合者等)</p> <p>試験名 ()</p> <p>資格取得年月 (年 月)</p> <p>学科試験受験年月 (年 月)</p> <p>登録番号・会員番号等 ()</p> <p>補講・養成講座受講年月 (※1) (年 月～ 月)</p> <p>※1 旧基準に基づく試験合格者のみ記載</p> <p>※2 合格証(旧基準に基づく試験合格者は加えて補講又は養成講座の修了証)の写しを添付すること。</p> <p>(2) ジョブ・カード講習修了者</p> <p>資格 ()</p> <p>経験 ()</p> <p>いずれか 又は 両方 に○</p>

*:必須登録事項

別紙「登録に当たっての確認事項」を読んだ上で署名すること。

年 月 日 (署名)

団体名 _____

担当者名 _____

連絡先：TEL _____

平成26年度ジョブ・カード講習（講師養成研修）の受講申込みについて

開催日 月 日 会場名 _____

受講者（役職名、氏名、登録番号もしくはジョブ・カード講習修了番号）	
①	(氏名) (生年月日) (登録番号（ジョブ・カード講習修了番号）) (登録証有効期限)
②	(氏名) (生年月日) (登録番号（ジョブ・カード講習修了番号）) (登録証有効期限)