ご相談申込書

ＦＡＸ　０１１－５９６－８００５

(株) MBコンサルあて

(受講申込書ではありません)

組織名称			
住　所			
受講予定部署			
研修ご担当者	部署　　役職　　氏名		
TEL		FAX	
URL		E-mail	
組織課題			
職 員 数	名 (正社員　　名、非正社員　　名)		
部署内人数	名		

※実施を考えている研修にチェックをつけてください

【階層別】

□新規採用職員研修　□初級職員スキルアップ研修

□主任級職員研修　□主査級職員研修　□新任管理者研修 (係長)

□管理者研修 (課長級)　□新規採用職員フォローアップ研修

【テーマ別】

□プレゼンテーション研修　□コミュニケーションアップ研修

□問題発見・解決スキル研修　□ファシリテーション研修

□ロジカルシンキング研修　□組織活性化研修

□モチベーションアップ研修

【イノベーション】

□組織開発研修

実施予定時期	平成　　年　　月頃
組織内で実施	可能　・　不可
受講予定者数	全部で　　名　(階層別　　人、テーマ別　　人、イノベーション　　人)
職員研修実施状況	□今回初めて　□毎年実施している　□過去　　回位実施した

1．貴組織の人材育成、職員研修に対するお考えをお聞かせください。

2．カリキュラムの内容、日数、時間帯等に対するご要望をお聞かせください。

3．その他ご不明な点やご意見があれば、お聞かせください。