

年 月 日

### 社外メンター導入事業 申込用紙

企業名				業種	
所在地	〒				
電話番号			FAX番号		
担当者名			所属		
社外メンター導入回数	1 初回		2 ( ) 回目		

1. 1回目のメンタリングの希望（どちらかに○をつけてください）

- 1 1on1メンタリング                      2 グループメンタリング（10名まで）

2. 実施希望日等

第一希望	年	月	日 ( )	:	～
第二希望	年	月	日 ( )	:	～
第三希望	年	月	日 ( )	:	～

3. 派遣会場（どちらかに○をつけてください）

- 1 貴社内会議室                              2 ふくい女性活躍支援センター

4-1. 1on1メンタリングを受ける女性社員について

氏名				年齢	歳
勤務年数	約	年	職種(役職)		

4-2. グループメンタリングを受ける予定の女性社員（別紙に必要事項をご記入ください）

5. 1on1またはグループメンタリングを希望する理由

--

6. 女性活躍について何を目指すか

--

7. メンターから学んでほしいこと（特に重視したい項目を一つ選んで○をつけてください）

- 1 キャリア形成について                      2 リーダーシップについて  
3 仕事と家庭の両立について                  4 モチベーションの高め方について  
5 仕事上のスキルの身に着け方について  
6 その他 ( )

グループメンタリングを受ける予定の女性社員について

企業名：

---

	氏名	年齢（歳）	勤続年数（年）	職種	役職
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					