

働くチカラ PROJECT

就活の ススメ

3・4回生・院生（短大・専門学校等の卒業回生含む）対象

就活のススメは、就職活動のための「基礎講座」となっています。オプションメニューとして、企業でのインターンシップがあり、「働く」ことの実体験を積むことができます。座学とインターンシップでの実践を通し、自分に合った仕事や働き方のイメージづくりをススメていきましょう！

プログラム

メインプログラムの時間は、各回14時～17時の3時間を予定。
詳細は、登録完了案内送付時にご案内いたします。

メインプログラム			*オプション インターンシップ		
第1回	6月16日(土)	オリエンテーション、先輩の話	7月	職業準備度チェック インターンシップ先の決定	※日程は個別に調整します。
第2回	7月 7日(土)	ビジネスマナー講座	8月	8/4 インターンシップガイダンス	
第3回	8月 4日(土)	企業研究	8月 中旬 ～ 10月	インターンシップ(5日間) 振り返り面談と進路相談	
第4回	9月 8日(土)	面接対策講座（自己PR作成）	11月	インターンシップ報告会	
第5回	10月20日(土)	コミュニケーション講座			
第6回	12月 1日(土)	キャリアプランニング・修了式			
対象	3・4回生・院生／短大・専門学校等の卒業回生		対象 条件	インターンシップに関する全てのプログラムに参加できる方	
定員	36名		定員	25名	
参加費	32,400円（税込）※会員登録料：無料 *初回に現金にてお支払いください		参加費	21,600円（税込）	
会場	第1回：高槻現代劇場（高槻市立文化会館）集会室207 第2回～：京都・高槻・大阪の各会場にわかれて実施 ※ご希望の会場をお選びください。ご希望に添えない場合もございます。ご了承ください。		備考	インターンシップ先は、ご本人の希望・お住まいの地域等を考慮した上で決定します。	
備考	登録制となります。 単発での参加はできませんので予めご了承ください。				

申し込み方法

①申込書に記入

3・4回生
院生 ⇒ 就活の
卒業回生 ススメ

②送付

申込書をエンカレッジ京都に
郵便又はFAXにて送付
6月1日（金）必着

③申込受付連絡

申込書が届いたら
エンカレッジからお電話
でお知らせします。

④登録完了！

登録完了案内が
届いたら、手続き完了！
※登録完了案内は、6月上旬ごろに
郵送にてお届けします。

■キャンセルについて：支払い後、お客様都合によるキャンセルおよび返金はお受け致しかねます。予めご了承ください。



FAX送信先：075-746-6640



2018年度 働くチカラPROJECT 就活のススメ 申込書

お名前：ふりがな (男・女)		学校名・学部(専攻) 年生 歳																
学校の支援窓口・部署名：		支援担当者名：																
あなたが働くチカラPROJECTに参加を希望する動機や理由を教えてください																		
あなたが働くチカラPROJECTの参加にあたり、不安なことや配慮が必要なことはありますか？																		
【会場の希望】 ※ご希望の会場に○をご記入ください <input type="checkbox"/> 京都会場(エンカレッジ京都) () <input type="checkbox"/> 高槻会場(ジョブジョイントおおさか たかつきランチ) () <input type="checkbox"/> 大阪会場(エンカレッジ大阪) ()		【第1回の参加希望確認】 第1回はご家族や大学関係者の方もご参加いただけます。 ※学生ご本人もご記入ください。																
【インターンシップの希望】 ※○をご記入ください <input type="checkbox"/> インターンシップを希望します () <input type="checkbox"/> インターンシップを希望しません ()		<table border="1"> <thead> <tr> <th>氏名</th> <th>ご本人との関係</th> <th>合計人数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">名</p>		氏名	ご本人との関係	合計人数												
氏名	ご本人との関係	合計人数																

住所 〒 _____	発達障害の診断の有無： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒診断名： _____ ⇒診断の時期： _____ 歳の時	
自宅の最寄り駅 _____ 線 _____ 駅 _____ 分 (駅まで 徒歩・バス・自転車)	障害者手帳の有無： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 検討中 ⇒療育手帳 () 判定 ⇒精神障害者保健福祉手帳 () 級	
ご自宅TEL： _____		
ご自宅FAX： _____	精神科等への通院の有無： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒通院頻度(週・月/ 回)	
ご本人携帯電話： _____		
ご本人メール： _____		
緊急時ご家族の方の連絡先： _____ (続柄： _____ 携帯)	服薬の有無： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒服用の仕方 (例、眠前1錠) ()	
あなたの趣味や好きなことは何ですか？		
あなたの長所・セールポイント・得意なことは何ですか？	家庭内で行っている家事や手伝いは何ですか？	
アルバイトやボランティアの経験はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ 今まで経験した内容を教えてください	会社名 _____	業務内容 _____

◆ご家族より

働くチカラPROJECTへの参加を希望された理由、また懸念点等ございましたらご記入ください。