人事考課者のための
アサーション&傾聴研修



部下との面談・対話力を高め部下育成スキルを高める
アサーティブに聴く

「正しく評価しているのに、なぜ納得されないのか?」
その答えは、評価の“中身”ではなく“伝え方”と“聴き方”にあります。
人事考課者には、
「伝えるべきことを、相手を尊重しながら伝える力」と
「部下の本音を引き出し、成長につなげる聴く力」が求められます。

本研修では、評価面談・日常の指導場面ですぐに使える
アサーション(率直かつ尊重ある伝え方)と
傾聴(納得と行動を引き出す聴き方)を、
演習を通して身につけます。

1回目 令和9年 **2月9日[火]・10日[水]**

2回目 令和9年 **3月9日[火]・10日[水]**

定員10名

お願い: 全4日を通しての研修内容です。おひとりの方が、継続してご受講をお願いします。

会場 遠野高等職業訓練校 遠野市青笹町中沢8-1-8 MAP

【1日8時間】9:00～17:00《休憩》12:00～13:00 ※約1時間毎に小休憩

対象 自社を発展させてほしいと期待する初任管理者～ベテラン管理者までの方
面談スキルの質、部下育成の質を高めたい方等



お伝えする人 川原 恵美 氏

職業訓練法人遠野職業訓練協会
事業推進ゼネラルマネージャー
国家資格キャリア・コンサルタント、国家資格2級キャリア・コンサルティング技能士、
産業カウンセラー。

受講料(税込価格)

会員価格
24,200円
※実質6,050円／1名／1回
1社2名まで同料金でOK

会員外 **35,200円／1名**
※同時入会で会員価格が適用されます。
①入会費 2,000円 ②事業主会員年会費 20,000円

お申し込みは遠野職業訓練協会までお電話、メール、リーフレット裏面の申込書をFAX、いずれかの方法でお申込ください。
※申し込み締切は開催初日1週間前。ただし、定員になり次第締切ます。※会員とは、職業訓練法人 遠野職業訓練協会員を指します。
キャンセルポリシー／申し込み後のキャンセルは、受講料50%相当額をお支払いいただきます。また返金にともなう振込手数料もご負担いただきます。
開催初日1週間前以降のキャンセルは、講師手配の都合上、受講料全額およびテキスト代をお支払いいただきますので、ご了承ください。

個人を活かし、組織を活かす
変革の時代の人材育成

遠野職業訓練協会の社員教育は、当事者意識を育成し、
個人主導で組織の成果に貢献する人材を育てます。

お問い合わせ お申し込みは
(職)遠野職業訓練協会 ☎0198-62-6310
〒028-0502 岩手県遠野市青笹町中沢8-1-8 Fax.0198-62-6366 ✉info-tonovts@tono-vts.ac.jp
詳細はホームページにてご覧いただけます▶【URL】http://www.tono-vts.ac.jp/ 遠野 訓練 検索

FAX 0198-62-6366 ※添書なしで送信ください。

受講申込書

令和　　年　　月　　日

遠野高等職業訓練校長　様

貴校の開催する職業訓練を受講したいので、下記のとおり申し込みます。

コース名：

期間：　令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日（　　日間）

※複数のコースを受講なさる場合はコピーしてお使いください。

会社名			
代表者名			
所在地	〒　　—	TEL	（　　）
		FAX	（　　）
★代表メールアドレス			
担当者名		★担当者メールアドレス	※代表メールアドレスと同じ場合は記入しないでください。
受講中の賃金の支払い：　有〔雇用保険適用事業所番号　　—　　—　〕・無			

県の報告および、修了証発行や緊急連絡のため、受講者情報をもれなく下記に記入をお願いします。
※一般参加の方は、下記のみご記入ください。

★受講案内は、Eメールまたは FAXで送信します。メールアドレスおよびFAX番号を必ずご記入ください。
（Eメールまたは FAXがない場合は、ご郵送での対応となり少々お時間をいただきます）

No	申込者氏名	生年月日	現住所・最終学歴・Eメールアドレス
1	フリガナ	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日	現住所：〒　　— 最終学歴：（中卒 ・ 高卒 ・ 短大／専門卒 ・ 大卒）
	Tel　　Fax		★E-mail
	雇用保険加入：（有）〔雇用保険被保険者番号　　-　　-　〕（無）〔役員・家族・一人親方・求職者・その他（　　）〕		
2	フリガナ	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日	現住所：〒　　— 最終学歴：（中卒 ・ 高卒 ・ 短大／専門卒 ・ 大卒）
	Tel　　Fax		★E-mail
	雇用保険加入：（有）〔雇用保険被保険者番号　　-　　-　〕（無）〔役員・家族・一人親方・求職者・その他（　　）〕		
3	フリガナ	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日	現住所：〒　　— 最終学歴：（中卒 ・ 高卒 ・ 短大／専門卒 ・ 大卒）
	Tel　　Fax		★E-mail
	雇用保険加入：（有）〔雇用保険被保険者番号　　-　　-　〕（無）〔役員・家族・一人親方・求職者・その他（　　）〕		

※認定訓練制度を利用した訓練のため、**雇用保険被保険者資格取得等確認通知書（事業主通知用）の写しの添付**をお願いします。（事業主、一般参加の方は、添付の必要はございません。）※掲載された情報は、訓練目的以外には使用いたしません。