

受講申込書

※ 介護職員初任者研修（通信） 会場 月講座の全カリキュラム受講可能ですので、
受講を申し込みします。

（申込日） 令和 年 月 日

フリガナ			男 ・ 女
氏 名			
生年月日	S ・ H 年 月 日 生		
住 所	〒		
	TEL ()	携帯電話 ()	
お仕事としての介護経験	<input type="checkbox"/> ・ ない <input type="checkbox"/> ・ 現在お勤め <input type="checkbox"/> ・ 以前お勤め		
ハローワーク教育訓練給付制度 （特定一般教育訓練）	利用する （利用を検討されておられる方は「利用する」に○印をご 記入ください。ご不明な方はお問合せ下さい）		
その他			

※ この申込書は、受講生名簿・修了証作成等の資料として使用しますので、氏名（住民票記載のもの）生年月日は正確に記入願います。尚、当社のお講座ご案内以外の目的において使用することはありません。

※ この申込書は、FAX 又は郵送にてお送りください。

株式会社 ビーイング

〒791-8013 松山市山越 6-6-22 白鳳会館 206 号

TEL 089-925-8815

FAX 089-925-8832