

2024年度 実務者研修(通信)受講申込書

(お申込みいただく前に、研修の内容をご確認ください)

希望教室に○印を ご記入ください。 (先着順)	スクーリング会場		教室				
	愛媛県総合社会福祉会館	松山1	5月		6月	7月	
	テクノプラザ愛媛	松山2	6月				
	松前総合文化センター	松前	5月		8月		
	道の駅ささいや広場他	宇和島	6月		7月	(9月)	
	大洲市民会館	大洲	5月		7月		
	今治地場産業振興センター	今治	6月		7月	(9月)	
	新居浜市総合福祉センター	新居浜	5月		7月		
ふりがな		性別	生年月日	S	年 月 日		
氏名	印	男 女	H				
住所	〒 — (番地、マンション名等も正確に記入してください)						
電話番号	連絡1	() —	必ず連絡が取れる				
	連絡2	() —	連絡先をご記入ください。				
勤務先	名称	勤務先住所					
保有資格 (該当欄に○)	短期(4ヶ月)を希望 (まるでかこむ)	有資格者(介護職員初任者研修、2級課程 修了者)は、研修期間4ヶ月で修了可能ですが、 集中して学習していただくこととなります。 <u>開講後は、途中変更はできません。</u>					
介護職員初任者研修	しない する						
訪問介護員養成研修 2級課程							
無資格							
実務経験	約 年						
2025年1月の介護福祉士国家試験の受験について	・予定している ・予定していない						
ハローワーク教育訓練給付制度 (専門実践教育訓練)	・ 利用する ・ 利用しない (必ずどちらかをご記入ください、ご不明な方はお問い合わせください)						
備考							

※ (2級課程及び初任者研修)修了者の方は、**修了証明書(写し)**をこの申込書と一緒にお送りください。
(ハローワーク教育訓練給付制度を利用される方は必須)

(株)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

ビーイング記入欄

給付のご案内送付