

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)

R6.7.1

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	9月	
	テクノプラザ愛媛	松山2	8月	
	松前総合文化センター	松前	9月	
	道の駅ささいや広場他	宇和島	9月	
	今治地場産業振興センター	今治	9月	

ふりがな			性別	生年月日	S H	年 月 日
氏名	印		男 女			
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になります。開講後は、途中変更はできません。		
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 (ホームヘルパー2級)						
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	
----------	----------	--