

ファックスでのお申し込みの方は、この番号にお送りください。

**FAX 089-925-8832**

**2025 年度 実務者研修(通信)受講申込書**

2025.1.7

希望教室をご記入ください。 (先着順)	教室		月	
	例)	松山 2	例)	5 月
				月
ふりがな		性別	生年月日	S H
氏名	印	男 女		年 月 日
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。	
E-mail	@			
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 (○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。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			
2級課程修了者(ホームヘルパー2級)				
無資格(しかくをおもちでない方)				
実務経験	約 年			
2026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 ※ 受験を予定されておられる方には、修了見込証明書を作成いたしますので必ずご記入ください。			
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については必須となります。

**(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

ビーイング記入欄	給付のご案内送付	
----------	----------	--