

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

(お申込みいただく前に、研修の内容をご確認ください)

R6.11.18

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	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。 <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		
2級課程修了者(ホームヘルパー2級)					
無資格					
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

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