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**

|  |
| --- |
| 2025.3.3 |

**2025年度 実務者研修（通信）受講申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　 | 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 | （　　　 　　　　）　　　　　　　－ | 必ず連絡が取れる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（該当蘭に○） | 短期（４ヶ月）を希望（〇でかこむ） | 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 |
| 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

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

〒791-8013松山市山越6-6-22　白鳳会館206号 TEL 089-925-8815