

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

2025.3.3

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
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		<input type="checkbox"/> 予定している <input type="checkbox"/> 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)		<input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 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願いします。
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
----------	----------