

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

## 2026年 実務者研修(通信)受講申込書

HP2025.12.8

希望教室をご記入ください。 (先着順)		教室		月		
		例) 松山 2		例) 3 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、 <u>途中変更はできません。</u>  無資格の方の研修期間は、6ヶ月です。		
介護職員初任者研修		する しない				
2級課程(ホームヘルパー2級)		注1)				
無資格(しかくをおもちでない方)						
実務経験	約 年					
2027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 (○でかこむ) ※ 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。

※ 注1)短期(4ヶ月)の希望欄に記入がない場合は、研修期間6ヶ月でお受けいたします。

(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