

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	〒 一	(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	() 一	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		する	しない	無資格の方の研修期間は、6ヶ月です。		
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 ※ 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。				
・ 予定していない						
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
----------	----------