

平成29年度 介護職員初任者研修 受講申込書(通信制)

本介護職員初任者研修は、NPO法人品川ケア協議会が
品川区と協働して講座を開催します。！！

(証明写真貼付)
縦4cm×横3cm
直近3ヶ月以内に撮
影したもの

申込日	平成 29年 月 日	勤務先名			
		勤務先住所			
初任者研修修了後の就職希望の有無	希望する(介護施設・訪問介護・その他) 希望しない	就労の有無及び勤続年数	有・無	勤続(年 月)	
住所	〒	自転車所有の有無		自転車乗車の可否	
氏名	ふりがな	生年月日	H・S	年 月 日 (歳)	
	印				
TEL:		FAX:			
携帯:		E-mail:			

※上記枠内は必ずご記入ください。該当しない場合は、該当なしと記入してください。

出願要件	<ul style="list-style-type: none"> ○品川区に在住・在勤の方で、すべてのカリキュラムを受講できる方。 ○別紙「指定書式」に400字程度で受講動機等について作文し提出できる方。 ○電話対応または面接での問い合わせに応じられる方。 ○資格取得後、品川区内で介護職に就く方を優先します。
------	---

選考方法	書類選考
------	------

選考日	平成29年9月25日(月) (選考結果は、郵送でお知らせします。)
-----	-----------------------------------

出願期間	平成29年8月11日(金)～9月25日(月) (郵送必着、窓口持参) ※窓口取扱時間は、10:00～17:00(日曜日/祭日を除く)
------	---

受講書類	<ul style="list-style-type: none"> ① 本受講申込書(証明写真貼付)に②～④の書類を同封の上提出下さい。 ② 受講動機・ヘルパー取得後の活動予定作文(400字以内) ③ 選考結果通知用、長3封筒(ご自身のご住所を記載の上92円切手を貼付下さい。) ④ 本人が確認できるもの(例:運転免許証・パスポート・健康保険証・3月以内に取得した住民票写し等公的証明書のいずれか。裏面に住所等記載ある場合は、裏面も必要です。)
------	---

お問い合わせ先: 大崎ホームヘルプサービス内
特定非営利活動法人品川ケア協議会 事務局
03-3471-4830
(受付時間: 平日10:00～17:00)

〒140-0004東京都品川区南品川4-11-1-1階