

令和元年度 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
品川区から委託を受け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	令和元年 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

- 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

令和元年6月24日(月) (選考結果は、郵送でお知らせします。)

出願期間

令和元年6月3日(月)～6月21日(金) (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

- 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: 品川リハビリテーションパーク内

特定非営利活動法人品川ケア協議会 事務局 〒141-0001東京都品川区北品川5-2-1-8階

03-5447-7225

(受付時間: 平日10:00～17:00)

