

令和元年度 同行援護従業者養成研修 受講申込書(通学制)

本同行援護従業者養成研修(一般課程・応用課程)は、
NPO法人品川ケア協議会が品川区の委託事業として開催します。

(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	
介護職に係わる資格(上位所有資格をお書きください)		就職の有無及び勤続年数	有・無 (役職:) 勤続(年 月)
住所	〒	修了後の同行援護従業者としての希望の有無	有・無
氏名	ふりがな	生年月日	H・S 年 月 日 (歳)
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	○受講案内書に記載の受講資格に該当する方で、すべてのカリキュラムを受講できる方。 (演習において、1日8km程度の同行歩行が設定されています。) ○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。
------	---

選考方法	書類選考
------	------

選考日	令和元年12月25日(水) (選考結果は、郵送でお知らせします。)
-----	-----------------------------------

出願期間	令和元年12月2日(月)～12月24日(火) (郵送必着、窓口持参) ※窓口取扱時間は、10:00～16:00(土・日曜日除く)
------	---

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235×120mm(ご自身のご住所・氏名を記載の上82円切手を貼付下さい。) ④ 本人確認できる公的証明書(例:免許証・パスポート・保険証・3月以内に取得した住民票写しのいずれか)
------	---

お問い合わせ先: 特定非営利活動法人品川ケア協議会 事務局
〒140-0001東京都品川区北品川5-2-1
品川リハビリテーションパーク8階
電話: 03-5447-7225
FAX: 03-5447-0880
(受付時間: 平日10:00～17:00)

受講案内はこちら!



令和元年度 同行援護従業者養成研修(一般課程・応用課程)

令和元年 月 日

住所	〒	所属(勤務先) 会社名	※就職していない等場合は、「なし」とご記載下さい。
ふりがな		現在の職業	※所属会社名欄で「なし」とご記載の場合は空欄にして下さい。
氏名	印		

受講資格は、同行援護従業者として活動していただける方で、次の条件に該当する者としてします。
 (1) 品川区在住又は在勤で通学可能な方。
 なお、現在品川区内の居宅介護事業所等で勤務等している介護福祉士、介護職員基礎研修課程修了者、ホームヘルパー1級課程修了者、ホームヘルパー2級課程修了者及び介護職員初任者研修課程修了者を優先します。
 右記いずれかに○を付してください。

該当する

該当しない

NPO法人品川ケア協議会

テーマ1: 同行援護従業者養成研修を受講する動機について

--

テーマ2: 同行援護従業者養成(一般課程・応用課程)取得後のヘルパーとしての活動予定について

--

※必要事項に不正・記載もれ等がある場合、提出書類不備となる場合がありますので予めご承知置きください。