

令和5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5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	令和5年6月23日(金) (選考結果は、郵送でお知らせします。)
-----	----------------------------------

出願期間	令和5年6月1日(木)～6月22日(木) (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: 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)

住 所	〒	勤務先名	※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	※勤務先名欄で「なし」とご記載の場合は空欄にして下さい。	
氏 名				
自転車に乗車することができるかどうか、右記いずれかに○を付してください。			乗れる	乗れない
下記のテーマ1、テーマ2及びテーマ3それぞれ枠内に横書きでご記載下さい。				
テーマ1:介護職員初任者研修を受講する動機について				
(Grid area for Theme 1)				
テーマ2:介護職員初任者研修修了後の介護職員としての活動予定について				
(Grid area for Theme 2)				
テーマ3:介護職員初任者研修取得後の介護職員としての継続的な研修への参加について				
(Grid area for Theme 3)				

※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ください。