

令和7年度 同行援護従業者養成研修(一般・応用)課程 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7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。
---------	---

出 願 期 間	令和7年9月2日(火)～10月3日(金) *郵送又はメール(必着) ※問合せ時間は、10:00～16:00(土・日曜日除く)
---------	---

選 考 方 法	書類選考
---------	------

選 考 結 果	令和7年10月6日(月)以降に、郵送又はメールでお知らせします。
---------	----------------------------------

申 込 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110円分の切手を貼付下さい。) 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分室(事務局)  
〒141-0033東京都品川区西品川1-28-3 中小企業センター5階  
電 話: 03-5751-7200  
FAX: 03-5751-7202  
(受付時間: 平日10:00～17:00)

令和7年度 同行援護従業者養成研修(一般・応用)課程

令和7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				
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				
<div></div>				
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				
<div></div>				