

特定非営利活動法人品川ケア協議会 御中

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)		
		(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	○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・ハビト・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)

受講動機・活動予定作文

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	(印)		

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。

NPO法人品川ケア協議会