

平成29年度 同行援護従業者養成研修(一般課程・応用課程)(第1回)

平成29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	①		

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。