

平成26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協働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	平成26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。
------	---

選考方法	書類選考
------	------

選考日	平成26年12月15日(月) (選考結果は、郵送でお知らせします。)
-----	------------------------------------

出願期間	平成26年12月1日(月)～12月15日(月) (郵送必着、窓口持参) ※窓口取扱時間は、10:00～17:00(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(ご自身のご住所を記載の上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: 大崎ホームヘルプサービス内
特定非営利活動法人品川ケア協議会 事務局
電話: 03-3471-4830
FAX: 03-3472-6152
(受付時間: 平日10:00～17:00)

〒140-0004東京都品川区南品川4-11-1-1階