

第25回介護支援専門員実務研修受講試験受験申込書

社会福祉法人宮城県社会福祉協議会 会長 殿

第25回介護支援専門員実務研修受講試験の受験を申し込みます。

申し込み日 令和 4年 月 日

なお、下記に記載した内容及び提出書類については、事実と相違ありません。

受験番号 <small>(試験実施本部記入欄)</small>			
<small>フリガナ</small>		<small>生 年 月 日</small>	<small>年 齢</small>
署名 <small>(自署で記入)</small>	(姓) (名)	昭和 年 月 日 平成	歳
現住所 <small>(建物名・部屋番号がある場合は必ずご記入下さい)</small>	都 道 府 県	市 郡	区 町 村
	丁目・番地・建物名等		
	〒 -	電話	携帯電話
身体障害等 受験特別措置の申請 (いずれかに必ず○) 1 申請する 2 申請しない			
現勤務先名称 <small>(施設名・事業所名)</small>	現在の業務内容(具体的に記入)		
	<input type="checkbox"/> 申込時点で、受験資格に該当しない業務に従事、または無職 ※ 住所地証明を添付		
現勤務先所在地 <small>(建物名・部屋番号がある方は必ずご記入下さい)</small>	宮城県 市 郡 区 町 村		
	丁目・番地・建物名等		
<small>※日中の連絡先として使用する場合があります</small>	〒 -	電話	(内線)
該当事由 (受験資格コード)		法定資格名・ 相談援助業務名	登録年月日
1 法定資格 【別表1】		—	昭・平・令 年 月 日
		—	昭・平・令 年 月 日
2 相談援助業務 【別表2】		—	/
		—	/
(障害)相談支援専門員		—	平・令 年 月 日
		—	平・令 年 月 日
		修了 年月日	<input type="checkbox"/> 初任 <input type="checkbox"/> 現任 <input type="checkbox"/> 主任 <input type="checkbox"/> 初任 <input type="checkbox"/> 現任 <input type="checkbox"/> 主任
実務経験証明書の内容(直近の勤務から順に記入) ※提出省略対象者は、記入不要			
受験資格	受験資格コード	勤務先等の名称	法定資格等
①			昭・平・令 年 月 日 から 昭・平・令 年 月 日 まで
②			昭・平・令 年 月 日 から 昭・平・令 年 月 日 まで
③			昭・平・令 年 月 日 から 昭・平・令 年 月 日 まで
④			昭・平・令 年 月 日 から 昭・平・令 年 月 日 まで
⑤			昭・平・令 年 月 日 から 昭・平・令 年 月 日 まで
		合計	年 月 日
実務経験証明内容に見込みがある場合は、内容をご確認の上、 <input type="checkbox"/> 欄に✓を付してください。		申込時の証明内容について、見込みで提出しました。試験後、当該分の実務経験証明書は、期日までに提出します。なお、提出しない場合は、受験無効に異議申し立てしません。	
実務経験証明書の提出省略対象者 <small>(該当者のみ右欄に記入)</small>		該当する添付書類(いずれか1点)をご確認のうえ○印をつけ、受験番号を記入してください。	
		1 第24回試験結果通知(当日受験者)	2 第24回試験受験票(当日欠席者)
		受験番号	—

※「郵便振替払込受付証明書」は、受験整理票の所定位置にのり付けしてください。