

第27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27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 6年 6 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。

<input type="checkbox"/> 見込受験の場合 (内容を確認し、 <input type="checkbox"/> 欄に✓)		<input type="checkbox"/> 見込で提出しました。試験後、当該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ません。			
<input type="checkbox"/> 身体障害等受験特別措置 <input type="checkbox"/> 申請する (申請する場合は✓)		(申請する措置項目の番号に○)			
		1 視覚障害 2 聴覚障害 3 肢体不自由 4 病弱者(その他) 5 妊娠(試験時 月)			
		6 その他 ※その他の事情により申請する方は下記に 希望の理由と内容 を記入してください。			
フリガナ		生年月日	年齢		
署名 (自署で記入)	(姓)	(名)	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 歳		
現住所 (建物名・部屋番号がある場合は必ず御記入下さい)	都道府県 市郡 区町村				
	丁目・番地・建物名等				
	〒 -	電話	携帯電話		
現勤務先名称 (施設名・事業所名)	現在の業務内容 (いずれかの <input type="checkbox"/> 欄に✓)				
	<input type="checkbox"/> 受験資格に 該当する業務 に従事している ⇒実務経験証明書を添付		<input type="checkbox"/> 受験資格に 該当しない業務 に従事している、または無職である ⇒住民票を添付		
現勤務先所在地 (建物名・部屋番号がある方は必ず御記入下さい)	宮城県 市郡 区町村				
	丁目・番地・建物名等				
	〒 -	電話	(内線) ※やむを得ず連絡する場合があります		
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		
2 相談援助業務【別表2】			昭・平・令 年 月 日		
相談支援専門員		修了年月日	<input type="checkbox"/> 初任者研修 平・令 年 月 日		
			<input type="checkbox"/> 現任研修 平・令 年 月 日		
			<input type="checkbox"/> 主任研修 平・令 年 月 日		
実務経験証明書の内容 (新しい順に記入) ※提出省略対象者は、記入不要					
受験資格	受験資格コード 法定資格名・相談援助業務名	勤務先等の名称	実務経験従事期間 ※新しい順に記入	従事期間	従事日数
	①		昭・平・令 年 月 日 から 昭・平・令 年 月 日 まで	年 月 日	日
	②		昭・平・令 年 月 日 から 昭・平・令 年 月 日 まで	年 月 日	日
	③		昭・平・令 年 月 日 から 昭・平・令 年 月 日 まで	年 月 日	日
	④		昭・平・令 年 月 日 から 昭・平・令 年 月 日 まで	年 月 日	日
	⑤		昭・平・令 年 月 日 から 昭・平・令 年 月 日 まで	年 月 日	日
				合計	年 月 日
実務経験証明書の提出省略対象者	1 試験結果通知(当日受験) ★令和元・2・3・4・5年(第22・23・24・25・26回)		2 第26回試験の受験票(当日欠席者) 受験票の提出者は、裏面の所定位置に 受験票(原本)を貼付し、運転免許証の表・裏のコピーを添付 してください。		

※「郵便振替払込受付証明書」は、受験整理票の所定位置に貼付してください。

第26回受験票（原本）貼付欄

(令和5年度 宮城県受験のみ有効)

※実務経験証明書の代替書類として、受験票（原本）を提出される方のみ貼付が必要です。

※併せて、運転免許証（表・裏両面）のコピーを添付してください。

※実務経験証明書の代替書類として、試験結果通知を提出される方は、貼付の必要はありません。