様式第１号

平成３０年度茨城県介護支援専門員実務研修受講試験受験願書

茨城県社会福祉協議会会長　様

本願書に記載した内容は、事実と相違ないことを確約し、関係書類を添えて、平成３０年度茨城県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。

平成３０年　　６月　　日

ふりがな			性別	写真貼り付け欄 写真の裏面に氏名および生年月日を記入 （縦3.6cm×横3cm） ※上半身・正面・脱帽・無背景 **１枚を貼り付けもう１枚をクリップ留めで添付してください。**
氏　名	姓	名	男　・　女	
生年月日	昭和　・　平成　　年　　月　　日			
現住所	〒　　TEL			
現在の勤務先	法人名　　施設、事業所名			
現在の就業状況（どちらかに○）	受験資格対象職として就業中 対象外職として就業または無職	現職種名		
勤務先所在地	〒　　TEL：			

コード番号 ※事務局使用欄		希望受験地	北部会場　・　南部会場

国家資格等記載欄	職　種	資格コード番号（13p参照）	資格登録年月日
			昭和・平成　年　月　日
			昭和・平成　年　月　日
			昭和・平成　年　月　日

受験手数料７，５００円を、本会所定の振込用紙にて払い込み、振込用紙の「振込金受取書」をここに全面のり付けで貼付してください。

介護保険法第69条の2第1項各号の該当者は○
※該当者は介護支援専門員として登録できません
（実施案内2ページ参照）

※事務局使用欄

写真１枚をクリップ留めで添付してください。

次面の実務経験記載欄に続く　→

実務経験年数等記載（古いものから～）

勤務先の名称	業務内容	業務期間（西暦で記載）	従事年月	従事日数
		（在職中・見込・退職・異動） 年　月　日　～ 年　月　日　迄	年　ヶ月	日間
		（在職中・見込・退職・異動） 年　月　日　～ 年　月　日　迄	年　ヶ月	日間
		（在職中・見込・退職・異動） 年　月　日　～ 年　月　日　迄	年　ヶ月	日間
		（在職中・見込・退職・異動） 年　月　日　～ 年　月　日　迄	年　ヶ月	日間
		（在職中・見込・退職・異動） 年　月　日　～ 年　月　日　迄	年　ヶ月	日間
		（在職中・見込・退職・異動） 年　月　日　～ 年　月　日　迄	年　ヶ月	日間
		（在職中・見込・退職・異動） 年　月　日　～ 年　月　日　迄	年　ヶ月	日間
		（在職中・見込・退職・異動） 年　月　日　～ 年　月　日　迄	年　ヶ月	日間
		（在職中・見込・退職・異動） 年　月　日　～ 年　月　日　迄	年　ヶ月	日間
		（在職中・見込・退職・異動） 年　月　日　～ 年　月　日　迄	年　ヶ月	日間
見込み受験の方は○を付けてください **１．見込み受験**		**通　算**	従事年月：　年　ヶ月 従事日数：　日間	