

2019（令和元）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、
2019（令和元）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。

2019年 月 日			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45mm×横35mm) ※胸から上・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。
ふりがな		性別	
氏名	姓 名	男 ・ 女	
生年月日	西暦 年 月 日 歳		
現住所	〒		
電話番号	受験申込に関するお問い合わせ等に使用します。平日昼間に連絡が取れる番号をご記入ください。 自宅 携帯 職場 その他 () 自宅 携帯 職場 その他 () () : ()		
現在の勤務先			担当業務内容
勤務先所在地	〒 TEL : 茨城県		受験資格コード

受験資格（通算して5年以上）	基 法 づ く 資 格 に	職種名（法定資格）	資格登録年月日		受験資格コード
			西暦 年 月 日		
			西暦 年 月 日		
	従 事 し た 相 談 援 助 業 務 お よ び 施 設 に ○	生 活 相 談 員 (勤務施設に○)	養護老人ホーム	有料老人ホーム	
			軽費老人ホーム	特別養護老人ホーム	
			サービス付高齢者住宅	その他施設	
		支 援 相 談 員	介護老人保健施設		
		相 談 支 援 専 門 員 (勤務施設に○)	計画相談支援事業所 ・ 障害児相談支援事業所		
主 任 相 談 支 援 員	生活困窮者自立相談支援事業所				

右欄の当てはまるものに○	現在、茨城県内の事業所で9～11ページの仕事をしています。	希望受験地 (右欄に○)	1 北部会場
	現在、茨城県在住で9～11ページの仕事をしていない。		2 南部会場
身体障害等（ケガ、妊娠も含む）により、受験に際しての配慮を希望する方は右欄に○をつけてください。（4ページ参照）		希望する	希望の理由・内容
		(申請書類作成について、後日、事務局からご連絡いたします。)	

