

様式第1号

見開きA3サイズでコピーしてご使用ください。

茨城県社会福祉協議会ホームページからプリントアウトして使用することもできます。

令和2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、令和2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。

令和2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	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 :	資格コード	
	茨城県			
し受 て5 年 格 以 上 (通 算)	法定資格	職種名(法定資格)	資格登録年月日	資格コード
			年 月 日	
			年 月 日	
	相談援助業務	生活相談員	支援相談員	相談支援専門員
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。		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。)		

<p>受験手数料9,800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。</p> <p>コピー不可</p>	<p>※事務局使用欄</p> <p>写真1枚をクリップ留めで添付してください。</p>
---	---

実務経験年数等記載(古↓新)	勤務先の名称	業務内容	資格コード	従事年数	合計勤務日数	
				年 月	日間	
	業務期間 年 月 日 ~ 年 月 日迄 (在職中・見込・退職・異動)					
	勤務先の名称	業務内容	資格コード	従事年数	合計勤務日数	
				年 月	日間	
	業務期間 年 月 日 ~ 年 月 日迄 (在職中・見込・退職・異動)					
	勤務先の名称	業務内容	資格コード	従事年数	合計勤務日数	
				年 月	日間	
	業務期間 年 月 日 ~ 年 月 日迄 (在職中・見込・退職・異動)					
	勤務先の名称	業務内容	資格コード	従事年数	合計勤務日数	
				年 月	日間	
	業務期間 年 月 日 ~ 年 月 日迄 (在職中・見込・退職・異動)					
	勤務先の名称	業務内容	資格コード	従事年数	合計勤務日数	
				年 月	日間	
	業務期間 年 月 日 ~ 年 月 日迄 (在職中・見込・退職・異動)					
	見込み受験の方は○を付けてください		通算	従事年月 :	年	ヶ月
1.見込み受験		従事日数 :			日間	

過去受験票貼付欄
平成30年度、令和元年度のみ有効

受験票の貼付により、実務経験証明書の提出を免除できます。
※資格証等は必要です

紛失してしまった方は以下に記入してください。

受験年度	平成30年	令和元年
受験時氏名		