

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

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。
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 : 茨城県			資格コード

受験資格 (5年以上通算)	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 主任相談支援員				

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 (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。)	希望の理由・内容
--	---	----------

<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 style="text-align: right;">写真1枚をクリップ留めで添付してください。</p>
--	--

