

令和3年度

茨城県介護支援専門員実務研修受講試験実施案内

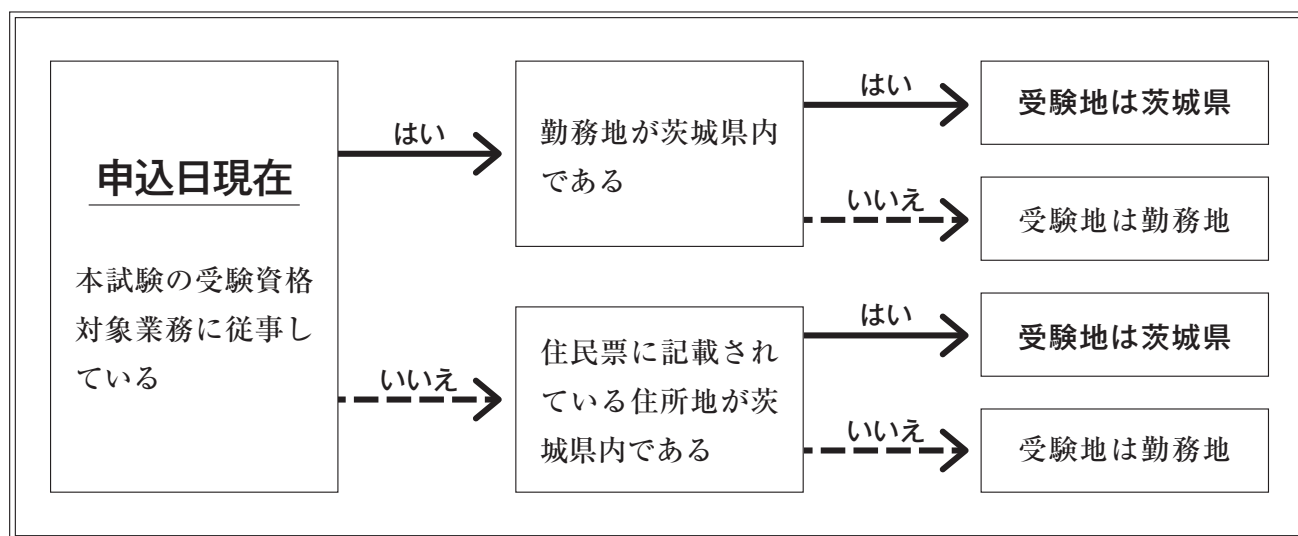
〈試 験 日〉 令和3年10月10日(日)

〈願書受付期間〉 令和3年6月1日(火)～6月30日(水)

*簡易書留にて郵送されたもののみ受付

*当日消印有効(受付期間外の消印のものについては一切受付いたしません)

※受験地を間違えて申し込んだ場合は受付できません。



〈問 い 合 わ せ〉

電話 029-241-4121

9時～12時・13時～17時(土・日・祝日を除く)

〒310-8586 茨城県水戸市千波町1918 茨城県総合福祉会館2階
社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会 福祉人材・研修部

試験情報
ホームページ



は じ め に

介護支援専門員実務研修受講試験は、介護支援専門員の養成にあたり、介護支援専門員実務研修を受講する前段として、事前に必要な専門知識等を有していることを確認するために行うものです。

この「実施案内」では、令和3年度茨城県介護支援専門員実務研修受講試験の実施及び受験申込みに必要な事項や書類等についてご案内します。

介護支援専門員とは

要介護者及びその家族からの相談に応じ、対象となる方が自立した日常生活を営めるように、要介護者・家族の意向、心身の状態、社会・心理的状况等を勘案し、保険者（市町村）、介護保険サービス事業者、介護保険施設等との連絡・調整を行いながら居宅（施設）サービス計画（ケアプラン）を作成します。

また、プラン実行後、要介護者及びその家族の状況に応じて、居宅（施設）サービス計画（ケアプラン）の変更・修正を行います。

介護支援専門員は、試験に合格し実務研修を修了した後も、現任者としての研鑽を必要とし、社会的責任を担う専門的な仕事です。

介護支援専門員実務研修受講試験を受験できる方

保健・医療・福祉分野において、原則として5年以上の対人援助業務を経験した方ですが、有している資格や業務内容等によって、条件は異なります。

※ 詳しくは、9～10ページ「受験資格要件」等を確認するとともに、13ページからの「受験に関するQ&A」も併せてご参照ください。

介護支援専門員実務研修受講試験

目 的	介護支援専門員の業務に関する演習等を主体とする実務的な研修を行うに際し、事前に必要な専門知識等を有していることを確認する
内 容	介護保険制度、要介護認定、居宅サービス計画等に関する必要な専門的知識等
実施主体	茨城県が指定する法人（社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会）

↓ （試験合格）

介護支援専門員実務研修

目 的	介護保険制度の適切かつ円滑な運営に資するため、必要な知識、技能を有する介護支援専門員の養成を図る
内 容	ア 介護保険制度の理念及び基本的な知識 イ 居宅（施設）サービス計画に関する専門的知識及び技術
実施主体	茨城県が指定する法人
日 程	令和4年1月から3月にかけて、15日間程度の研修が行われる予定

↓ （研修修了）

茨城県介護支援専門員登録申請
茨城県介護支援専門員証交付申請

↓ （申請後、約1か月）

茨城県から介護支援専門員証が交付される

【注】介護支援専門員になるためには、本試験を合格し、その後に行われる実務研修を修了しなければなりません。

実務研修修了後、介護支援専門員登録を行い、介護支援専門員証の交付を受けて、はじめて介護支援専門員の業務に就くことが出来ます。

目 次

試験願書提出までの流れ	1
令和3年度茨城県介護支援専門員実務研修受講試験実施について	2
受験にあたっての注意事項	7
試験会場案内図	8
受験資格要件及び添付書類	9
出題範囲及び試験内容について	11
受験に関するQ & A	13
令和3年度介護支援専門員実務研修受講試験 健康状態チェック表	17
出願に関する提出様式（記入例添付）	18
出願用封筒	巻末

注 意

感染症対策について

会場への入場の際、検温・手指消毒を行います。ご自身でもマスク着用・手指の消毒など、感染予防対策をお願いします。

なお、試験当日、受付に17ページの「健康状態チェック表」を提出してください。

感染拡大防止のため、下記に該当する方は受験できません。

（令和3年6月1日現在）

- ・ 37.5℃以上の発熱のある方
- ・ 風邪症状が持続している方（例：呼吸困難、全身倦怠感、咽頭痛、鼻汁、鼻閉、頭痛、関節・筋肉痛、下痢、嘔気、嘔吐、味覚障害、嗅覚障害、のどの痛み、咳など）
- ・ 2週間以内に37.5℃以上の発熱のあった方
- ・ 2週間以内に、新型コロナウイルスの患者やその疑いがある方（同居者・職場内での発熱含む）との接触歴がある方で、新型コロナ関連検査（PCR検査、抗原検査など）の結果において陰性が確認できない方
- ・ 2週間以内に、法務省・厚生労働省が定める諸外国への「渡航歴」がある方（およびそれらの方と家庭や職場内等で接触歴がある方）
- ・ 新型コロナウイルスの患者に濃厚接触の可能性があり、待機期間内（自主待機も含む）の方

※感染症への対策については、今後、変更になる場合がありますので、最新の情報を各自ご確認ください。また、それに伴い、当試験における感染症対策についても、変更が生じる可能性がありますので、事前に必ず茨城県社会福祉協議会ホームページをご確認ください。

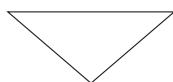
表紙のQRコードから、もしくは「茨城県社協 ケアマネ試験」で検索して下さい。

試験願書提出までの流れ

近年、電話問合せが増えており、電話がつながりにくいことがあります。
この実施案内をひととおりご確認いただきましてからお問い合わせください。

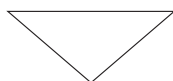
1 受験資格があるか確認する

- ① 茨城県で受験できるか。 (表紙)
- ② 従事業務・実務経験期間などが受験資格の規定を満たしているか。 (9～10ページ)



2 出願に必要な書類を準備する。

- (1) 出願者全員が準備するもの
 - ① 「受験願書」(様式第1号)に必要事項を記入する。 (20～21ページ)
 - ② 「実務経験証明書」(様式第2号)を施設・事業所等に記入してもらう。 (23ページ)
 - ③ 「証明写真」を2枚用意し、1枚を受験願書に貼り、もう1枚も願書にクリップで留め同封する。
 - ④ 「関連する国家資格等の免許証」「登録証の写し」を同封する。
 - ⑤ 受験手数料を振込み、支払ったことがわかる証明書(「振込金受取書」「利用明細」等)を受験願書に貼る。(振込先は5ページをご覧ください)
※ATMで振込む場合は、必ず、電話番号を入力すること。
- (2) 該当する出願者の方のみ準備するもの (25～26ページ)
 - ・「認可書の写し」(受験者が事業主の場合)
 - ・「開設証明願兼証明書」(様式第3号)(受験者が事業主の場合)
 - ・「従事日数内訳証明書」(様式第4号)(事業所のかけもち等、ダブルワークの期間がある方)
- (3) 身体障害等で受験特別措置を希望する方は、事務局へお問い合わせください。
必要書類を郵送いたしますので、作成し、提出してください。



3 必要書類を確認し、書類一式を封筒に入れて提出する。

令和3年6月30日(水) (当日消印有効) までに簡易書留にて郵送する。

令和3年度茨城県介護支援専門員実務研修受講試験実施について

1 受験資格

※住所地が茨城県内にあっても、受験資格対象の業務の勤務先が県外であれば、茨城県での受験資格はありません。勤務先の都道府県で受験することになります。

(1) 受験対象者

受験対象者は保健・医療・福祉に関する法定資格に基づく業務で、通算で5年以上かつ900日以上の実務経験を有する方です。実務経験期間は、要援護者に対する直接的な援助を行った期間を通算して算定します。詳細については、「受験資格要件及び添付書類」(9ページ～)、「受験に関するQ&A」(13ページ)を参照してください。

＜茨城県で受験できる方＞

- ① 現に茨城県内で受験資格対象の業務に従事している方
- ② 住所地が茨城県内にあり、現在、受験資格対象の業務には従事していない方。

※複数の都道府県で試験を受けることはできません。

(2) 受験対象者についての留意点

介護保険法（平成9年法律第123号）第六十九条の二に定める以下の者は、試験に合格し、介護支援専門員実務研修を修了しても、同項に定める登録を受けることが出来ないので留意してください。

介護保険法（平成9年法律第123号）抄 第六十九条の二

- 一 心身の故障により介護支援専門員の業務を適正に行うことができない者として厚生労働省令で定めるもの（※精神の機能の障害により介護支援専門員の業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者）
- 二 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者
- 三 この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者
- 四 登録の申請前五年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者
- 五 第六十九条の三十八第三項の規定による禁止の処分を受け、その禁止の期間中に第六十九条の六第一号の規定によりその登録が消除され、まだその期間が経過しない者
- 六 第六十九条の三十九の規定による登録の消除の処分を受け、その処分の日から起算して五年を経過しない者
- 七 第六十九条の三十九の規定による登録の消除の処分に係る行政手続法（平成五年法律第八十八号）第十五条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に登録の消除の申請をした者（登録の消除の申請について相当の理由がある者を除く。）であって、当該登録が消除された日から起算して五年を経過しないもの

2 試験期日

令和3年10月10日(日) 午前10時開始

(受験者は、午前9時から午前9時30分の間に入室してください。)

3 会場

試験会場	所在地	会場案内図
茨城県立水戸商業高等学校	水戸市新荘3丁目7-2	8ページ
茨城県立水戸工業高等学校	水戸市元吉田町1101	

試験会場は、本会が指定します。指定した会場以外での受験は認められません。

なお、上記の試験会場は事情により追加又は変更する場合がありますので、試験会場は各自、後日送付される受験票で確認してください。

4 試験内容及び出題範囲

11・12ページの「出題範囲及び試験内容について」のとおりとします。

5 出願に関する書類

(1) 受験願書(様式第1号)(20、21ページ)

(2) 実務経歴証明書(様式第2号)(23ページ)

- 施設、事業者等の長又は代表者が発行したもののみ有効です。
- 実務経歴を満たす基準日は試験日前日(10月9日)です。従事日数は1日の勤務時間が短い場合でも、1日勤務したものとして算定してください。
また、日付をまたぐ勤務の日数については、事業所の出勤記録を基準として計算します。
- 願書提出時に実務経歴期間が受験資格を満たさない方は、試験前日までの見込みで「実務経歴証明書」を提出し、試験終了後の令和3年10月29日(金)までに、確定した「実務経歴証明書」(作成日は記入日とする)を提出してください。提出されない場合は、結果に関わらず試験を無効とします。
- 同法人内であっても、異動等により業務内容の変更(准看護師→看護師等の変更を含む)や勤務先の変更をされた場合、異動の前・後で用紙を分けてご提出ください。

(3) 証明写真 2枚

出願前3ヶ月以内に上半身を正面から撮影した写真を2枚用意し、1枚を受験願書に貼り付け、1枚を願書にクリップで留め同封してください。

(縦45mm・横35mm、脱帽した状態で無背景のもの。白黒可。裏面に記名。)

- (4) 受験資格に係る資格の取得を確認できるもの
(資格等免許証、登録証の写し (A4サイズに拡大・縮小して添付すること))
※過去受験票を貼付した方も、必ず提出すること。
- (5) 開設証明願兼証明書 (様式第3号) (25ページ)
○ 薬局、診療所、施術所、助産所開設者については、「開設証明願兼証明書」(25ページ)を保健所で発行してもらい添付してください。
○ 実務経験証明者と本人が同一の場合は、本人が発行した「実務経験証明書」に併せて、開業許可書、認可書、届出書、業務委託契約書等の客観的に証明できる書類の写しを添付してください。ただし、社会福祉士や介護福祉士のように、その業務を行うにあたり許可、認可、届出制がなく、これらの証明書類が提出できない場合には、定期的 (月次、年次等) 報告書や業務日誌も証明書類として認められます。
- (6) 従事日数内訳証明書 (様式第4号) (26ページ)
同一期間に複数の事業者に所属している場合に限り必要です。「実務経験証明書」(様式第2号) と併せて、該当するすべての事業分を提出してください。
- (7) 戸籍抄本 (原本) (該当者のみ)
婚姻等により「受験願書」と国家資格等の免許証、登録証等の氏名と現在の氏名が異なる場合は、証明書記載の氏名と現在の氏名がわかる戸籍抄本を添付してください。

【注意事項】

- 資格等免許証、登録証等を除く添付書類は、出願前3ヶ月以内に発行されたもののみ有効です。
- 国家資格等を有する者の当該資格に係る免許証、登録証等の写しを添付する際は、表面及び裏面 (記載がある場合) とともに添付してください。
- 受験願書書類等に不明な点がある場合、勤務先等に連絡し確認させていただくことがあります。
- 受験申込で送付された書類の返却はいたしません。

6 身体障害者等に対する受験特別措置について

身体障害や病気、怪我、妊娠等により、受験時に特別な配慮を要する場合、受験者からの希望により、基準に基づき特別の措置を行うことができますので、願書提出前にご相談下さい。なお、試験当日の申告については原則、対応できません。

7 受験願書等作成上の注意

黒又は青インクのボールペンを使用の上、楷書で正確に記入してください。また、数字はすべて算用数字を用いてください。

消えるボールペンは絶対に使用しないでください。

8 受験手数料

- (1) 受験手数料

9,800 円

- (2) 振込先

常陽銀行 県庁支店 普通 1271099 社会福祉法人茨城県社会福祉協議会

現金自動預け払い機（ATM）でお振込みの場合は、氏名と電話番号を入力してください。

- (3) 払込期間

令和3年6月1日(火)～6月30日(水) ※期限後払込無効

- (4) 返金について

願書提出後は、納入された受験手数料（9,800円）の返還はいたしません。

以下の場合に限り、試験終了後に受験手数料を返還することが出来ます。

① 受験手数料を払い込み、受験願書を提出しなかった場合。

② 受験手数料を過払いした分

③ 受験資格審査の結果、受験資格が無かった場合。

※ 願書が提出されない場合、入金が確認できる領収証の提出が必要です。

提出されない場合、返還できません。

※返金にかかる手数料は、本人負担となります。また、現金での返金は出来ません。

※年度内に返金手続きが完了しない場合、返金辞退とさせていただきます。

9 受験願書の受付

- (1) 受験願書受付期間及び受付方法

令和3年6月30日(水) まで（※当日消印有効）に簡易書留郵便で送付されたものののみ受け付けます。

※振込金受取書、利用明細書等を受験願書に確実にのり付けしてください。

なお、提出書類は全てコピーをとり、ご自身でも保管してください。

- (2) 送付先

〒310-8586 水戸市千波町1918 社会福祉法人茨城県社会福祉協議会
介護支援専門員実務研修受講試験 事務局 行

- (3) その他

出願書類の提出については、角形2号封筒に送付先、差出人住所及び氏名を明記し、必ず簡易書留郵便で送付してください。

また、封筒には複数の受験願書を同封しないでください。

10 受験票の交付

受験願書を受付後、内容審査を経て受験票を送付します。(願書に記入した住所地宛てに送付しますので、住所は正確に記載してください。)

令和3年9月末日までに未着の場合は、茨城県社会福祉協議会ケアマネ試験担当(029-241-4121)にお問い合わせください。

11 受験申込後の記載内容の変更

受験申込後に、氏名・住所等受験願書の記載事項に変更があった場合は、速やかに「茨城県介護支援専門員実務研修受講試験受験願書記載事項変更届」(様式第5号)(27ページ)を、**特定記録郵便**で提出してください。

12 合格発表

- (1) 日 時

令和3年12月2日(木) 午前10時

- (2) 方 法

合格者の受験番号を、茨城県社会福祉協議会ホームページ、茨城県保健福祉部健康・地域ケア推進課ホームページに掲載します。

また、合格発表当日、受験者に合格者受験番号一覧を発送します。

13 試験結果の開示

- (1) 開示期間

令和3年12月2日(木)～令和3年12月23日(木)まで(土日、祝日を除く)

9:00～12:00及び13:00～17:15 ただし、発表初日は10:00からとする。

- (2) 開示場所 茨城県庁舎16階北側 保健福祉部健康・地域ケア推進課

- (3) 開示内容 科目別得点

- (4) 開示方法 受験票及び本人であることの証明書(顔写真入り)を持参した受験者のみに開示します。

14 合格の取り消し

受験申込に当たって虚偽又は不正の事実があった場合、試験中に不正行為が行われた場合等については、合格を取り消すものとします。

15 個人情報の取り扱い

当研修受講試験について取得した個人情報は、適正に取り扱うとともに、当研修受講試験及び介護支援専門員実務研修以外の利用はいたしません。

受験にあたっての注意事項

(1) 試験当日持参するもの

- ・ 受験票
- ・ 鉛筆（HB） ボールペンは使用できません
- ・ プラスチック消しゴム
- ・ 記入した「令和3年度介護支援専門員実務研修受講試験 健康状態チェック表」（17ページ）

※試験室内には時計が設置されているとは限りませんので、必要な方は各自で時計をご用意ください。なお、携帯電話等の携帯情報端末を時計代わりに使用することはできません。

(2) 試験室における注意事項

- ① 試験に関する諸注意を行いますので、午前9時から午前9時30分までに着席してください。（午前9時以前の入場はできません。）
- ② 着席後は、机の通路側に受験票を置き受験番号を明示してください。
- ③ 試験問題の内容に関する質問には一切お答えしません。
- ④ 身体の不調等、不測の事態がある場合は、着席のまま手を挙げて試験監督員に申し出てください。
- ⑤ 試験問題は持ち帰ることができます。（希望者は、試験問題用紙に受験番号を記入してください。）
- ⑥ 受験に際して不正行為を行った者、秩序を乱す者等に対しては、退室を命じるとともに、採点を除外する場合があります。

(3) その他の注意事項

- ① **駐車場はありません。必ず公共交通機関をご利用ください。**

なお、**路上駐車や違法駐車**は周辺地域の迷惑となるほか、警察署からも固く禁じられておりますので、絶対にしないでください。万一、道路・近隣店舗等への違法駐車や無断駐車等があった場合には、**試験中であっても退室**を命じ、車を移動していただきます。**再入室はできません。**

また、交通渋滞をきたしますので、**自家用車での送迎はご遠慮ください。**

- ② 試験会場の建物内の下見はできません。

なお、試験当日は試験室及び試験に関係する場所以外は立ち入らないでください。

- ③ 試験会場での飲食及び喫煙は禁止します。

また、試験会場に設置されているゴミ箱等も使用を禁止します。

- ④ 合格発表及び実務研修にて受験番号等の確認をする際に受験番号が必要になります。受験票は試験終了後も大切に保管してください。

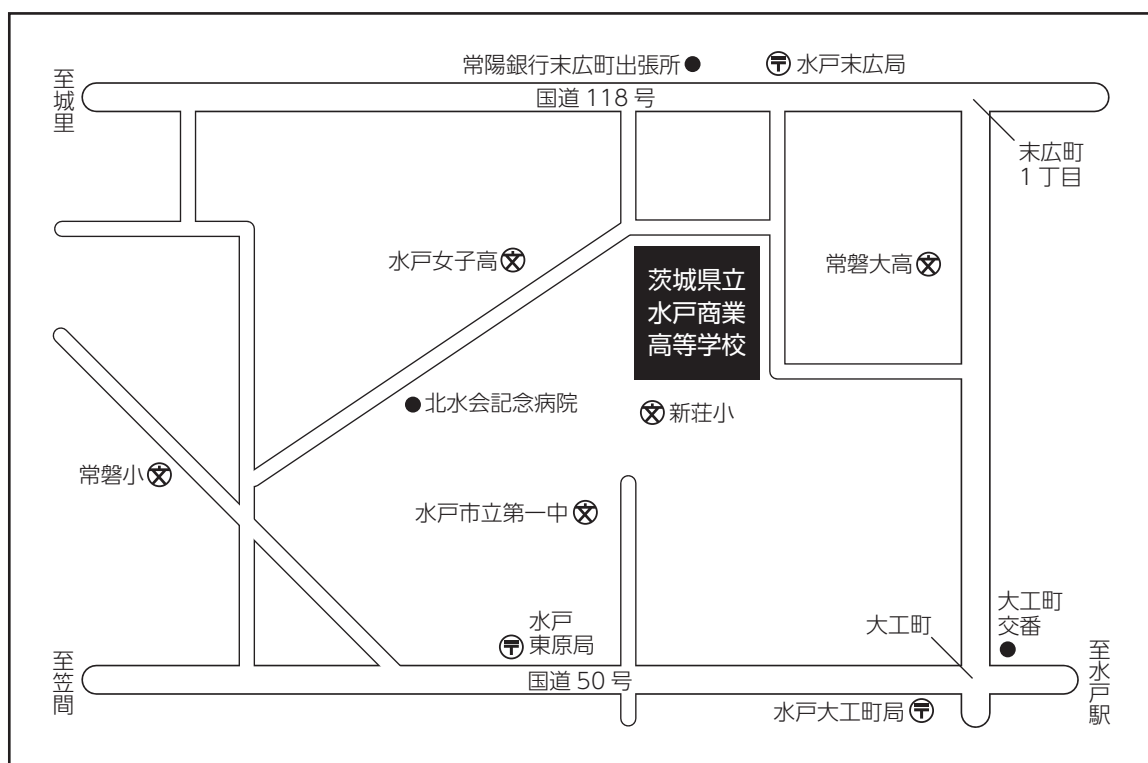
- ⑤ 会場によっては空調が入りません。当日は気候に合わせた服装でおいでください。

- ⑥ 試験当日までに、日程や実施方法等に変更がある場合は、茨城県社会福祉協議会のホームページにお知らせを掲載いたしますので、ご確認ください。

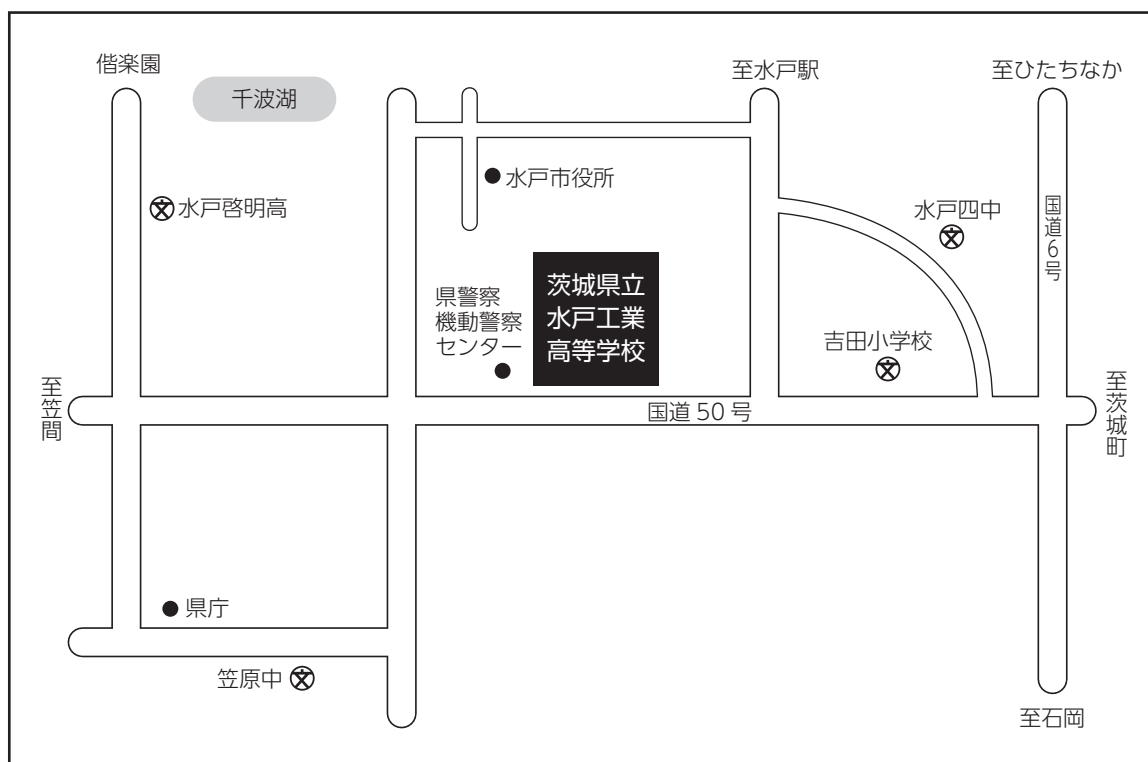
- ⑦ 会場内は土足厳禁となるため、**上ぐつ**を用意してください。素足等歩行は禁止します。

試験会場案内図

●茨城県立水戸商業高等学校（水戸市新荘3丁目7-2）



●茨城県立水戸工業高等学校 (水戸市元吉田町1101)



※各会場とも上ぐつ等を持参し、外ぐつは各自持参した袋に入れ保持してください。

受験資格要件及び添付書類

次の1または2の要介護者への対人援助業務に従事した期間が、**通算して5年以上かつ実勤務日数が900日以上**ある者

1 保健・医療・福祉に関する以下の法定資格に基づく業務

※法定資格**取得後（登録日）**から**試験前日**までの実務経験を算入できます。

※要介護者に対する**直接的な対人業務ではない**期間は実務経験には**含まれません**。

（例．医師の研究職、栄養士の献立作成・調理業務、教員、等）

資格コード	国家資格等	対象業務
1001	医師	資格に基づく対人援助業務
1002	歯科医師	資格に基づく対人援助業務
1003	薬剤師	資格に基づく対人援助業務（服薬指導等）
1004	保健師	資格に基づく対人援助業務
1005	助産師	資格に基づく対人援助業務
1006	看護師	資格に基づく対人援助業務
1007	准看護師	資格に基づく対人援助業務
1008	理学療法士	資格に基づく対人援助業務
1009	作業療法士	資格に基づく対人援助業務
1010	社会福祉士	相談援助業務（指導員等を含む）
1011	介護福祉士	介護業務、看護補助、福祉用具専門相談員、業務コード2000番台以外の相談援助業務
1012	視能訓練士	資格に基づく対人援助業務
1013	義肢装具士	資格に基づく対人援助業務
1014	歯科衛生士	資格に基づく対人援助業務
1015	言語聴覚士	資格に基づく対人援助業務
1016	あん摩マッサージ指圧師	資格に基づく対人援助業務
1017	はり師	資格に基づく対人援助業務
1018	きゅう師	資格に基づく対人援助業務
1019	柔道整復師	資格に基づく対人援助業務
1020	栄養士・管理栄養士	栄養指導等の対人援助業務
1021	精神保健福祉士	相談援助業務（指導員等を含む）

【添付書類】

- (1) 施設、事業者等の長又は代表者が発行する「**実務経験証明書**」（様式第2号）。
- (2) **国家資格等を証明できる免許証、登録証等の写し（表面・裏面とも添付のこと）。**
 なお、国家資格等を複数取得している者は、各資格証を添付すること。

2 以下のいずれかの相談援助業務

資格コード	職種（職名）	施設等の種別
2001	生活相談員	特定施設入居者生活介護
		地域密着型特定施設入居者生活介護
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
		介護老人福祉施設
		介護予防特定施設入居者生活介護
2002	支援相談員	介護老人保健施設
2003	相談支援専門員	計画相談支援
		障害児相談支援
2004	主任相談支援員	生活困窮者自立相談支援事業

【添付書類】

施設・事業所等の長又は代表者が発行する「実務経験証明書」（様式第2号）。

※実務経験証明者と本人が同一の場合は、本人が発行した「実務経験証明書」を客観的に証明できる書類(開業許可書、認可書、届出書、業務委託契約書等)の写しが必要です。

出題範囲及び試験内容について

1 出題範囲

「介護支援専門員実務研修受講試験の試験問題出題範囲の概要」を参照
詳細については、茨城県社会福祉協議会ホームページに掲載する。

2 試験内容

(1) 出題方式

五肢複択方式とする。

(2) 出題数、試験時間等

ア 出題数、試験時間

区 分		問題数	試験時間
介護支援分野	介護保険制度の基礎知識 要介護認定等の基礎知識 居宅・施設サービス計画の基礎知識等	25問	120分 (原則10～12時) ※点字受験者（1.5倍）
保健医療福祉 サービス分野	保健医療サービスの知識等 福祉サービスの知識等	20問 15問	180分 ※弱視等受験者（1.3倍）
合 計		60問	156分

イ 遅刻者の入室許可は、試験開始後30分までとし、それ以降は認めない。

なお、気象状況、交通事故等により多数の遅刻者が定刻に出席できないときは、その状況、回復の見通し等を確認の上、試験総本部において判断すること。

ウ 退室時間は、試験開始後30分からとし、それ以前は認めない。

(別表)

「介護支援専門員実務研修受講試験の試験問題出題範囲の概要」

介護保険法別表の科目	区分	大項目
一 この法律その他関係法令に関する科目	1 基本視点	1 介護保険制度導入の背景 2 介護保険と介護支援サービス
	2 介護保険制度論	1 介護保険制度論
二 居宅サービス計画、施設サービス計画及び介護予防サービス計画に関する科目	3 ケアマネジメント機能論	1 ケアマネジメント機能論 2 介護支援サービス方法論 3 介護予防支援サービス方法論 4 施設介護支援サービス方法論
三 介護給付等対象サービスその他の保健医療サービス及び福祉サービスに関する科目	4 高齢者支援展開論 (高齢者介護総論)	1 総論Ⅰ 医学編 2 総論Ⅱ 福祉編 3 総論Ⅲ 臨死編
	5 高齢者支援展開論 (居宅サービス事業各論)	1 訪問介護方法論 2 訪問入浴介護方法論 3 訪問看護方法論 4 訪問リハビリテーション方法論 5 居宅療養管理指導方法論 6 通所介護方法論

三 介護給付等対象サービスその他の保健医療サービス及び福祉サービスに関する科目	5 高齢者支援展開論 (居宅サービス事業各論)	7 通所リハビリテーション方法論
		8 短期入所生活介護方法論
		9 短期入所療養介護方法論
		10 特定施設入居者生活介護方法論
		11 福祉用具及び住宅改修方法論
	6 高齢者支援展開論 (地域密着型サービス事業各論)	1 定期巡回・随時対応型訪問介護看護方法論
		2 夜間対応型訪問介護方法論
		3 地域密着型通所介護方法論
		4 認知症対応型通所介護方法論
		5 小規模多機能型居宅介護方法論
		6 認知症対応型共同生活介護方法論
		7 地域密着型特定施設入居者生活介護方法論
		8 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護方法論
		9 複合型サービス方法論
	7 高齢者支援展開論 (介護予防サービス事業各論)	1 介護予防訪問入浴介護方法論
		2 介護予防訪問看護方法論
		3 介護予防訪問リハビリテーション方法論
		4 介護予防居宅療養管理指導方法論
		5 訪問予防通所リハビリテーション方法論
		6 介護予防短期入所生活介護方法論
		7 介護予防短期入所療養介護方法論
		8 介護予防特定施設入居者生活介護方法論
		9 介護予防福祉用具及び介護予防住宅改修方法論
	8 高齢者支援展開論 (地域密着型介護予防サービス事業各論)	1 介護予防認知症対応型通所介護方法論
		2 介護予防小規模多機能型居宅介護方法論
		3 介護予防認知症対応型共同生活介護方法論
	9 高齢者支援展開論 (介護保険施設各論)	1 指定介護老人福祉施設サービス方法論
		2 介護老人保健施設サービス方法論
		3 指定介護療養型医療施設サービス方法論
		4 介護医療院サービス方法論
	10 高齢者支援展開論 (社会資源活用論)	1 公的サービスおよびその他の社会資源導入方法論
四 要介護認定及び要支援認定に関する科目	11 要介護・要支援認定特論	1 要介護認定の流れ
		2 一次判定の仕組み
		3 二次判定の仕組み

(注1) この表に掲げる項目は、介護保険法、関連法令に規定されたもの及びその関連通知で基礎的な知識及び技能を有することの確認のために必要な内容を含むものとする。

(注2) さらに詳細な内容については、茨城県社会福祉協議会ホームページに掲載します。

受験に関するQ&A

【受験地に関すること】

Q 1 茨城県に住んでいますが、現在は栃木県内の特別養護老人ホームで介護職として働いています。受験地は何県ですか。

A 栃木県が受験地です。受験地を決定する基準は勤務地が優先されます。ただし、受験申込日現在、受験資格に該当する業務に従事していない場合は、住所地が受験地となります。

【実務経験に関すること】

Q 2 6月末の時点で、受験資格の業務従事期間が4年と9ヶ月です。受験することができますか。

A 試験日の前日（10月9日）までの期間を算入できますので、受験することができます。
なお、この場合は、願書提出時だけでなく、受験資格を満たした後に改めて、確定した「実務経験証明書」（様式第2号）を提出していただく必要があります。（10月29日必着）

Q 3 業務従事日数は、8時間勤務でないと1日として計算されないのですか。

A 非常勤等、1日の勤務時間が短い場合についても、1日勤務したものとみなして計算します。（半日程度を目安とする）
また、日付をまたぐ夜勤等の勤務日数については、各事業所の出勤記録を基準として記入してください。

Q 4 同時期に2つの事業所にパート等で勤務した場合の実務経験の計算はどうなりますか。

A 期間の計算では、例えばA事業所でH15/4/1～H17/3/31、B事業所でH16/4/1～H18/3/31の場合、それぞれの事業所で2年間の勤務ですが、H16/4/1～H17/3/31の1年間は重複しているため、3年間の実務期間として算定されます。また、日数の計算では、同じ日の午前と午後で別の事業所で働いた場合は1日の実務日数として算定されます（確認のために、それぞれの事業所における「従事日数内訳証明書」（様式第4号）の提出を求めます）。

Q 5 薬剤師の免許を持ち、製薬会社での研究業務に6年間従事しています。この期間は、実務経験に入りますか。

A 研究業務は、「要援護者に対する対人の直接的な業務」ではないので、実務経験に入りません。

Q 6 訪問介護員養成研修2級課程を修了し、介護業務に5年間従事していますが、2年前には介護福祉士を取得しました。受験資格はありますか。

A この場合、実務経験として算入できるのは、介護福祉士を取得した後の2年間のみとなりますので、受験資格はありません。

Q 7 4月1日から病院に勤務していますが、看護師免許は5月16日の登録となっています。この場合、免許登録までの期間は実務経験に算入できますか。

A 「看護師」として働くことができるのは、当該免許の登録日からですので、4月1日から5月15日までの期間は、実務経験期間に算入することができません。

Q8 介護業務に3年間従事した後、同一法人の内部異動により生活相談員として相談援助業務に2年間従事しました。実務経験証明書は2枚必要ですか。

A 同一法人で複数の施設を異動している場合、あるいは同一施設で職種変更があった場合は、それぞれの施設及び職種ごとに「実務経験証明書」（様式第2号）が必要です。そのため、介護業務3年間の「実務経験証明書」及び生活相談員2年間の「実務経験証明書」が必要になります。

Q9 産休・育休は、従事期間に含まれますか。

A 産休は従事期間に含まれますが、育児・療養・介護休暇等は、従事期間に含まれません。
なお、従事期間として認められない休暇を含んだ実務経験を証明する場合、休暇取得前と休暇取得後の期間を分けて証明書を作成していただくよう願います。

Q10 派遣会社から栄養士として病院に派遣され勤務しています。この場合、受験資格に該当しますか。

A 栄養士の業務は、栄養指導に従事するものとされています（栄養士法第1条）。よって、派遣会社と病院との派遣委託契約において、その契約した業務内容に患者への栄養指導・栄養管理等が含まれていることが確認できる場合は、実務経験に算入することができます。

また、実務経験証明書の作成については、派遣元の責任者に依頼してください。

なお、社員食堂等での献立作成や調理業務、衛生管理は、要援護者に対する直接的な対人援助ではないため、実務経験として認められません。

Q11 市役所の介護保険課の非常勤職員として、介護保険の認定調査員をしています。受験資格に該当しますか。

A 認定調査業務は、要援護者に対する直接的な対人援助ではないため、受験資格に該当しません。

Q12 社会福祉士の資格を取得し、介護職として5年勤務しています。受験資格はありますか。

A ありません。介護業務は社会福祉士の本来業務として認められません。

Q13 通所介護施設にて、生活相談員として5年以上勤務しています。受験資格はありますか。

A 社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士等のいずれかの資格を、5年以上前に取得している場合、受験資格があります。

なお、通所介護施設の生活相談員は、10ページの相談援助業務には含まれません。

【提出書類に関すること】

Q14 個人開業で鍼灸院を営んでいますが、本人が実務経験証明書を記入して良いですか。

A 個人開業のように、証明者と受験申込者が同一の場合には本人が発行する「実務経験証明書」（様式第2号）と併せて、それを客観的に証明できる「開設証明願兼証明書」（様式第3号/25ページ）等を添付してください。

Q15 勤務していた事業所が廃業となり、実務経験証明書が発行してもらえません。どうすればよいのですか。

A 原則、「実務経験証明書」（様式第2号）の提出がない場合、その期間は実務経験として算入することはできません。受験希望者の実務経験を証明できる方（当時の代表者等）に作成してもらい提出してください。

ただし、やむを得ない事由により作成・発行ができない場合、本来「実務経験証明書」で確認しなければならない内容を確認できる書類等を提出してください。

また、統合された事業所については、統合先の事業所にお問い合わせください。過去の記録が残っている場合、現在の事業所を証明者（記入者）として実務経験証明書を作成できます。

Q16 介護福祉士の登録証を紛失し、再発行申請中のため、受験申込みまでに間に合いません。どうしたらよいですか。

A 再発行の手続きを行ったことが分かる証明書を添付してください。例えば、再発行申請書の写しや、発行元が再発行申請書を受け取ったことを証する書類（受理証）の写し等です。

なお、登録証の原本の写しを、当会が指定する期間までに提出されなかった場合は、受験資格を満たさなくなるおそれがありますのでご注意ください。

Q17 実務経験は5年以上ありますが、看護師の免許を取得したのは1年前です。その前に取得した准看護師の免許証の写しの提出も必要ですか。

A 必要です。5年間の資格の証明のため、看護師及び准看護師の免許証の写しを添付する必要があります。管理栄養士／栄養士の免許等についても、同じ取り扱いです。

なお、免許証の裏書に記載がある場合には、必ずその部分もコピーをして提出してください。他の国家資格も同様です。

Q18 「国家資格等を証明できる免許証、登録証等の写し」は、「合格证」でも良いですか。

A 必ず「登録証」か「免許証」の写しを添付してください。なお、受験資格に関わらない資格証の提出は不要です。

Q19 資格取得後に姓が変わったため、受験申込書と資格証に記載された姓が異なっています。どうしたらよいですか。

A 婚姻等により、受験申込書と各種提出書類の姓が異なっている場合には、必ず、そのことがわかる戸籍抄本を添付してください。

Q20 受験申込後、婚姻により姓及び住所が変更になりました。届出は必要ですか。

A 受験申込後に氏名、住所、勤務先名等の変更が生じた場合は、すみやかに「記載事項変更届」（様式第5号）を提出してください。なお、氏名が変更された場合は、必ず戸籍抄本等氏名の変更が確認できる証明書（原本）を添付してください。

【その他】

Q21 受験願書を記入していたら間違えてしまいました。どのように訂正したらよいですか。

A 間違えた箇所を二重線で消し修正したうえで、訂正印を押してください。

Q22 これまでの実務経験を全て願書に記入する必要がありますか。

A 願書の「実務経験年数等記載欄」には、受験に必要な経験（期間）のみを記入してください。
ただし、現在、受験資格の対象業務に従事している方は現在の実務経験も必ず記入してください。

Q23 受験手数料をATMで振込みました。受領してもらえますか。

A ATMでの振込みも受け付けますが、利用明細証のコピーを必ずとり、保管してください。
なお、振込んだものの期間内に願書を提出しなかった方は、茨城県社会福祉協議会 介護支援専門員実務研修受講試験担当（029-241-4121）までご連絡の後、お振込みの店舗にて、組み戻し手続きを行ってください。

**Q24 試験に申し込みましたが、試験当日に体調不良のため欠席してしまいました。
振り込んだお金は返還されますか。**

A 欠席扱いとなりますので、受験手数料は返還されません。

**Q25 同じ事業所で複数名が受験し、受験料はまとめて事業所が負担します。
どのように申し込めばよいですか。**

A 受験者それぞれが、個人としてお申込みください。願書を送付する際も、1部につき1つの封筒をご利用ください。
受験料についても、一人ずつ分けてお振込みいただかないと、入金の確認が出来ません。

コピーまたは印刷してご使用ください。

令和3年度介護支援専門員実務研修受講試験 健康状態チェック表

(はい、いいえの当てはまるほうに○をつけて、試験当日に会場受付へ提出してください)

受験番号

氏 名

- ① 試験当日朝の時点で熱は37.5度以上ありましたか。

はい

いいえ

- ② 咽頭症状（咳、のどの痛み等）はありますか。（感染症でない慢性疾患等は除く）

はい

いいえ

- ③ 下痢症状はありますか。（感染症でない慢性疾患等は除く）

はい

いいえ

- ④ ご本人含め、家族や周囲に新型コロナウイルス感染者および濃厚接触者はいますか。

はい

いいえ

感染拡大防止の観点から、上記項目に1つでも当てはまる方は受験できません。

記入例

サイズ2枚でコピー、または印刷してご使用ください。

令和3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

戸籍抄本、外国人登録原票記載の文字で記入

令和3年度茨城県介護支援専門員実務研修受講試験を受験します。

令和3年 6月 20日

ふりがな	いばらき	た ろ う	性別	性 別
氏 名	姓 茨 城	名 太 郎	男	女
生年月日	昭和58 年	2 月	24	
現住所 〔受験票 送付先〕	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 茨城県〇〇市〇〇町〇-〇〇			写真貼り付け欄 3か月以内撮影のもの 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。
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 () 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇			
現在の 勤務先	社会福祉法人千波会 特別養護老人ホーム千波の郷			担当業務内容 生活相談員
勤務先 所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 TEL 9~10ページの資格コード 茨城県〇〇市〇〇町178 番号を記入する。			資格コード 2001

受験資格 (通算 5年以上)	法定 資格	職種名(法定資格)	資格登録年月日			資格コード
		介護福祉士	平成	18 年	5 月	5 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、病気等)により、受験に際して希望する方は右欄に○を記入してください。	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 過敏性腸症候群のため、出入口に近い席を希望
---	--	-----------------------------------

資格登録証の氏名と、現在の氏名が異なる場合、当時の氏名がわかる「戸籍抄本」を添付してください。	※事務局使用欄
受験手数料9,800円を払い込み 「振込金受取書」「利用明細書」を のり付けで貼付してください。	
コピー不可 残高部分は黒塗りしてください。	上部に貼付した写真の他、同じ写真を、 のり付けせずにクリップ等で添付する。
	写真1枚をクリップ留めで添付してください。

実務経験年数等記載（古↓新）	勤務先の名称 社会福祉法人千波 デイサービスセンター白鳥の湖	業務内容 介護職	資格コード 1011	従事年数 2 年 6 ヶ月	合計勤務日数 600 日間
	業務期間（和暦） 平成26 年 6 月 1 日 ~ 平成28 年 12 月 29 日迄 （在職中・見込・退職・異動）				
	勤務先の名称 社会福祉法人千波 特別養護老人ホーム千波の郷	業務内容 生活相談員	資格コード 2001	従事年数 4 年 6 ヶ月	合計勤務日数 1000 日間
	業務期間（和暦） 平成28 年 12 月 20 日 ~ 令和3 年 6 月 20 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 年 月	合計勤務日数 日間
	業務期間（和暦）	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 年 月	合計勤務日数 日間
	業務期間（和暦）	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 年 月	合計勤務日数 日間
	業務期間（和暦）	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 1. 見込み受験		通算	従事年月： 従事日数：	7 年 0 ヶ月 1600 日間	

・実務経験証明書の添付が無い経歴は記入不要です。
・実務経験証明書の内容に基づいて記入してください。
・提出書類はすべて、コピーを保管してください。

過去受験票貼付欄

（令和元年度、令和2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○をつけ、
受験当時の氏名を記入してください。

受験年度	令和元年	令和2年
受験時氏名	茨城 太郎	

茨城県社会福祉協議会会長 様

令和3年 月 日

ふりがな			性別	3か月以内撮影のもの 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 〔受験票 送付先〕	〒			
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	〒 茨城県		TEL : 資格コード	

受験資格（通算して5年以上）	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
---	--	-----------------

の り し ろ <u>受験手数料9,800円を払い込み</u> <u>「振込金受取書」「利用明細書」を</u> <u>のり付けで貼付してください。</u> <u>コピー不可</u> <u>残高部分は黒塗りしてください。</u>	※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。
---	---

記入例

ホームページから印刷して使用してください。

必ず、次ページの「実務経験を証明する事業所の方へ」も併せて、事業所の方にお渡しください。

支援専門員実務研修受講試験
実務経験証明書

作成日記入

令和 3 年 6 月 20 日

茨城県社会福祉協議会会長 様

所在地 茨城県 証明権者の印 8

名称 社会福祉法人千波会
デイサービスセンター白鳥の湖

代表者職氏名

公印

(担当者職氏名

)

電話番号

下記の者の実務経験は以下のとおりであることを証明します。

ふりがな	いばらき	たろう	生年月日
受験者氏名	(姓) 茨城	(名) 太郎	昭和 58 年 2 月 24 日生
施設または事業所名 (法人名も記載)	※同一法人・団体等であっても勤務先施設・事業所等が複数ある場合は、それぞれ証明願います。 社会福祉法人千波会 デイサービスセンター白鳥の湖		
所在地	※本部・本社の住所ではなく、勤務先施設・事業所の住所を記入してください。 茨城県〇〇市〇〇町178		
施設等開所年月日	※勤務先施設・事業所の開所年月日を記入してください。 平成 26 年 4 月 1 日		
直接的な対人援助 業務従事期間 ※1 資格取得後から記入	平成 26 年 6 月 1 日 ~ 平成 28 年 12 月 19 日 (2 年 6 ヶ月 0 日) ※育児・療養・介護休暇等の休職期間がある場合、休暇取得前と休暇取得後の期間で、用紙を分けて作成してください。 ※免許取得・資格登録日以降で記入すること。		
上記 従事 資格	具体的な業務を記載すること。 (要援護者に対する直接的な援助を行なっていることがわかるように) 600 日間 に従事しなかった日数を除くこと。 介護職		
業務内容 ※2	デイサービスセンターにおいて、食事・入浴・排泄介助を主とした介護業務に従事		
注意事項	記入例と「実務経験を証明する事業所の方へ」を参考に、所属長等の証明権限を有する方が記入してください。受験申込者が自筆した場合は無効となりますのでご注意ください。		

※1 「直接的な対人援助業務従事期間」欄は、被証明者が要援護者に対し、直接的な援助業務を行っていた期間を記入してください。

※2 「業務内容」欄は、被証明者の本来業務について、具体的に「老人デイサービス事業において生活相談員として従事し、相談業務や通所介護計画の作成等の業務を行っている」などと、「何の事業に、どのような職種で、何を行っているのか」を具体的に記入してください。

※3 訂正の際は、二重線および訂正印(公印)にて訂正してください。

介護保険法第69条の31により、不正の手段によって、介護支援専門員実務研修受講試験を受け、又は受けようとした者に対しては、合格の決定を取消し、又は受験を禁止することがありますのでご注意ください。

様式第2号

※コピーまたは茨城県社会福祉協議会ホームページから印刷して使用してください。

※記入例を参考に記入してください。※必ず、次ページの「実務経験を証明する事業所の方へ」も併せて、事業所の方にお渡しください。

茨城県介護支援専門員実務研修受講試験 実務経験証明書

年 月 日

茨城県社会福祉協議会会長 様

所在地

名 称

代表者職氏名

公印

(担当者職氏名

)

電話番号

下記の者の実務経験は以下のとおりであることを証明します。

ふりがな			生年月日
受験者氏名	(姓)	(名)	年 月 日生
施設または事業所名 (法人名も記載)	※同一法人・団体等であっても勤務先施設・事業所等が複数ある場合は、それぞれ証明願います。		
所在地	※本部・本社の住所ではなく、勤務先施設・事業所の住所を記入してください。		
施設等開所年月日	※勤務先施設・事業所の開所年月日を記入してください。 年 月 日		
直接的な対人援助 業務従事期間 ※1 資格取得後から記入	年 月 日 ～ 年 月 日 (年 ケ月 日) ※育児・療養・介護休暇等の休職期間がある場合、休暇取得前と休暇取得後の期間で、用紙を分けて作成してください。 ※免許取得・資格登録日以降で記入すること。 ※職種が変更(准看護師から看護師、介護職から相談員等)した場合は、それぞれの期間に分けて作成してください。		
上記のうち業務に 従事した実勤務日数	日間 ※休日、休暇、病気、産休などの休職期間等で業務に従事しなかった日数を除くこと。		
資格コード		職種名	
業務内容 ※2			
注意事項	記入例と「実務経験を証明する事業所の方へ」を参考に、所属長等の証明権限を有する方が記入してください。受験申込者が自筆した場合は無効となりますのでご注意ください。		

※1 「直接的な対人援助業務従事期間」欄は、被証明者が要援護者に対し、直接的な援助業務を行っていた期間を記入してください。

※2 「業務内容」欄は、被証明者の本来業務について、具体的に「老人デイサービス事業において生活相談員として従事し、相談業務や通所介護計画の作成等の業務を行っている」などと、「何の事業に、どのような職種で、何を行っているのか」を具体的に記入してください。

※3 訂正の際は、二重線および訂正印(公印)にて訂正してください。

介護保険法第69条の31により、不正の手段によって、介護支援専門員実務研修受講試験を受け、又は受けようとした者に対しては、合格の決定を取消し、又は受験を禁止することがありますのでご注意ください。

実務経験を証明する事業所の方へ

実務経験証明書を作成するうえでの注意事項となります。

こちらをお読みいただき、不備のないようご記入ください。

- 1 実務経験証明書の証明日（証明書発行日）を必ず記入してください。
 - 2 法人（経営主体）又は施設・事業所の所在地、名称、電話番号を記入してください。
 - 3 代表者の職名及び氏名を記入し、証明者の公印（職印）等、公的な申請に使用する印鑑を使用してください。
なお、訂正箇所は訂正印として公印（職印）を使用してください。
 - 4 担当者氏名を記入し、記載内容は、すべて記録に基づいて、証明者が記入してください。
・被証明者（受験希望者）本人が記入したものは「無効」となります。ただし、個人開業者を除く。
 - 5 受験者氏名、生年月日
・受験希望者の勤務時の氏名を記入してください。
 - 6 施設または事業所名、所在地
・被証明者（受験希望者）が勤務している（していた）施設等の名称及び住所を記入してください。
・同一法人等であっても、施設・事業所等が複数ある場合は、各々の施設毎に証明書を発行してください。
 - 7 施設等開所年月日、事業開始年月日
・当該施設・事業所等が県知事等の認可・許可・承認を受けた日、又は県知事等への届出を行った日を記入してください。
 - 8 直接的な対人援助業務従事期間
・被証明者（受験希望者）が、資格取得後に、受験資格である「要援護者に対し、直接的な対人援助業務を行っていた期間」を記入してください。
※事務や調理等の受験資格に該当しない従事期間は必ず除外してください。また、育児休業等の休職期間も除外されます。
※国家資格を有している場合であっても、直接的な対人援助業務でない期間は算入できません。
 - 9 上記のうち業務に従事した日数
・休日・休暇、研修、休職等で従事しなかった日を除いた日数（実際に受験資格に該当する業務で勤務した日数）を記入してください。
 - 10 職種名
・施設・事業所等で実際に従事している職種名を記入してください。（例：生活相談員、介護職員等）
 - 11 業務内容
・被証明者（受験希望者）の本来業務について、施設種別・事業種別等を含めて、具体的に記入してください。（特別養護老人ホームにおける介護職、訪問介護事業所におけるサービス管理責任者等）
 - 12 見込みによる「実務経験証明書」
・見込みにより「実務経験証明書」を発行する場合は、勤務期間を最長で試験の前日まで算入して計算できます。後日、見込期間を経過し受験資格を満たした時点で、被証明者（受験希望者）に対し、確定した日付、内容で再度「実務経験証明書」の発行をお願いします。
- ※ 証明内容に不備・不明点があった場合は、内容確認の問い合わせ・書類再提出をしていただくことがあります。

資格コード	資格名称
1001	医師
1002	歯科医師
1003	薬剤師
1004	保健師
1005	助産師
1006	看護師
1007	准看護師
1008	理学療法士
1009	作業療法士

資格コード	資格名称
1010	社会福祉士
1011	介護福祉士
1012	視能訓練士
1013	義肢装具士
1014	歯科衛生士
1015	言語聴覚士
1016	あん摩マッサージ指圧師
1017	はり師

資格コード	資格名称
1018	きゅう師
1019	柔道整復師
1020	栄養士・管理栄養士
1021	精神保健福祉士
2001	生活相談員
2002	支援相談員
2003	相談支援専門員
2004	主任相談支援員

※コピーまたは茨城県社会福祉協議会ホームページから印刷して使用してください。

様式第3号

開設証明願兼証明書

年 月 日

茨城県

保健所長 殿

住 所

氏 名

印

使用目的	茨城県介護支援専門員実務研修受講試験受験のため
------	-------------------------

下記のとおり()開設の 許可 について証明願います。
届出

記

1 開設者の氏名

2 名 称

3 所 在 地

4 開設許可(届出)年月日 年 月 日

(注) 間に休止・廃止した時期があれば、追加して明記してください。

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

茨城県

保健所長

印

※コピーまたは茨城県社会福祉協議会ホームページから印刷して使用してください。

様式第4号

この書類は、同一期間に複数の事業者に所属（かけもち）している場合に限り必要です。

実務経験（見込）証明書と併せて、該当するすべての事業者分を提出してください。

従事日数内訳証明書

年 月 日

茨城県社会福祉協議会長 様

所在地
名 称
代表者氏名
連絡先電話番号

公印

受験申込者（氏名） が受験資格に係る業務に従事した日数は
以下のとおりであることを証明します。

業務に就いた日のみ○印をつけてください

年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日間
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日間
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日間
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日間
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日間
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日間
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日間
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日間
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日間
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	日間
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
																合計	日

※コピーまたは茨城県社会福祉協議会ホームページから印刷して使用してください。

様式第5号

茨城県介護支援専門員実務研修受講試験 受験願書記載事項変更届

年 月 日

ふりがな	
氏 名	
受 験 番 号	

※氏名欄は、受験申込時の氏名をご記入ください。

※受験番号欄は、受験票を受け取った後にこの変更届を提出する場合
にご記入ください。

茨城県介護支援専門員実務研修受講試験受験願書の記載事項について、次のとおり
変更いたしました。

1 氏名変更（戸籍抄本を添付）

変更前(旧)氏名	変更後(新)氏名
ふりがな	ふりがな

2 住所変更

変更前(旧)住所	変更後(新)住所
〒	〒
TEL(自宅)() — (携帯)() —	TEL(自宅)() — (携帯)() —

3 勤務先変更

変更前(旧)勤務先名称	変更後(新)勤務先名称
変更前(旧)勤務先所在地	変更後(新)勤務先所在地
〒	〒
TEL() —	TEL() —

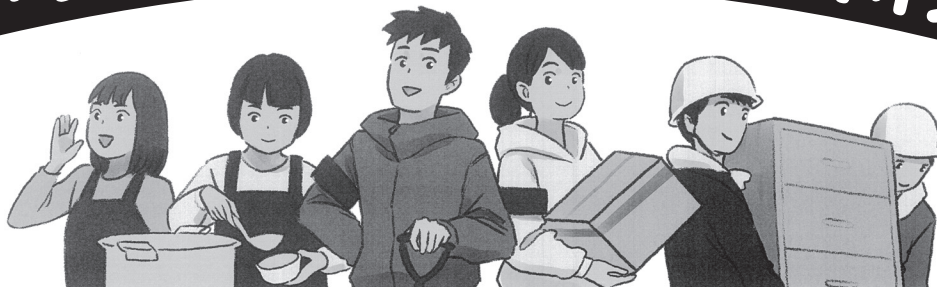
令和3年度

<https://www.fukushihoken.co.jp>

ふくしの保険

検索

全国200万人加入!! 日本国内でのボランティア活動中のケガや賠償責任を補償 ボランティア活動保険



保険金額・年間保険料（1名あたり）

保険金の種類		プラン	基本プラン	天災・地震補償プラン
ケガの補償	死亡保険金		1,040万円	
	後遺障害保険金		1,040万円(限度額)	
	入院保険金日額		6,500円	
	手術保険金	入院中の手術	65,000円	
		外来の手術	32,500円	
	通院保険金日額		4,000円	
	地震・噴火・津波による死傷		×	○
賠償責任の補償	賠償責任保険金（対人・対物共通）		5億円(限度額)	
年間保険料			350円	500円

商品パンフレットは
コチラ



（ふくしの保険
ホームページ）

団体割引 20%適用済／過去の損害率による割増引適用

<基本プランに加入される方へ>

基本プランでは、地震・噴火・津波が起因する死傷は補償されません。

◆災害ボランティア活動の参加は、「天災・地震補償プラン」への加入をおすすめします。

※被災地でのボランティア活動では、予測できない様々な事態が想定されます。二次被害への備えとしても、あらかじめ「天災・地震補償プラン」に加入いただきますと、より安心してボランティア活動に参加いただけます。

ボランティア行事用保険（傷害保険、国内旅行傷害保険特約付傷害保険、賠償責任保険）

地域福祉活動やボランティア活動の一環として行われる各種行事におけるケガや賠償責任を補償！

送迎サービス補償（傷害保険）

送迎・移送サービス中の自動車事故などによるケガを補償！

福祉サービス総合補償

（傷害保険、賠償責任保険、約定履行費用保険（オプション））

ヘルパー・ケアマネジャーなどの活動中のケガや賠償責任を補償！

● このご案内は概要を説明したものです。お申込み、パンフレット・詳しい内容のお問い合わせは、あなたの地域の社会福祉協議会へ ●

団体契約者

社会福祉法人 全国社会福祉協議会

〈引受幹事 保険会社〉 損害保険ジャパン株式会社 医療・福祉開発部 第二課

TEL: 03 (3349) 5137

受付時間：平日の9:00～17:00（土日・祝日、年末年始を除きます。）

取扱代理店

株式会社 福祉保険サービス

〒100-0013 東京都千代田区霞が関3丁目3番2号 新霞が関ビル17F

TEL: 03 (3581) 4667 FAX: 03 (3581) 4763

受付時間：平日の9:30～17:30（12/29～1/3を除きます。）

●この保険は、全国社会福祉協議会が損害保険会社と一括して締結する団体契約です。



社会福祉施設総合損害補償

しせつの損害補償

◆加入対象は、社協の会員である社会福祉法人等が運営する社会福祉施設です。

プラン 1 施設業務の補償

(賠償責任保険、医師賠償責任保険、看護職賠償責任保険、サイバー保険、動産総合保険、費用・利益保険)

① 基本補償(賠償・見舞費用)

保険期間 1 年

▶ 保険金額		基本補償(A型)	見舞費用付補償(B型)
賠償事故に対応	身体賠償(1名・1事故)	2億円・10億円	2億円・10億円
	財物賠償(1事故)	2,000万円	2,000万円
	受託・管理財物賠償(期間中)	200万円	200万円
	うち現金支払限度額(期間中)	20万円	20万円
	人格権侵害(期間中)	1,000万円	1,000万円
	身体・財物の損壊を伴わない経済的損失(期間中)	1,000万円	1,000万円
	徘徊時賠償(期間中)	2,000万円	2,000万円
お見舞い等の各種費用	事故対応特別費用(期間中)	500万円	500万円
	被害者対応費用(1名につき)	1事故10万円限度	1事故10万円限度
	傷害見舞費用		死亡時 100万円 入院時 1.5~7万円 通院時 1~3.5万円

▶ 年額保険料(掛金)

定 員	基本補償(A型)
1~50名	35,000~61,460円
51~100名	68,270~97,000円
以降1名~10名増ごと	1,500円

基本補償(A型) 保険料	+	【見舞費用加算】 定員1名あたり 入所: 1,300円 通所: 1,390円
-----------------	---	---

② 個人情報漏えい対応補償

③ 施設の什器・備品損害補償

- オプション1 ● 訪問・相談等サービス補償
- オプション2 ● 医務室の医療事故補償
- オプション3 ● 看護師の賠償責任補償
- オプション4 ● 借用不動産賠償事故補償
- オプション5 ● クレーム対応サポート補償

プラン 2 施設利用者の補償

(普通傷害保険)

① 入所型施設利用者の傷害事故補償

② 通所型施設利用者の傷害事故補償

③ 施設送迎車搭乗中の傷害事故補償

施設送迎車に搭乗中のケガに対し、プラン2-①、②の傷害保険や自動車保険などとは関係なく補償



プラン 3 施設職員の補償

(労働災害総合保険、普通傷害保険、約定履行費用保険、雇用慣行賠償責任保険)

① 施設職員の労災上乗せ補償

- オプション: 使用者賠償責任補償

② 施設職員の傷害事故補償

③ 施設職員の感染症罹患事故補償

(新型コロナウイルス感染症も補償の対象となります。)

④ 雇用慣行賠償補償



プラン 4 社会福祉法人役員等の補償

(役員賠償責任保険)

社会福祉法人役員等の賠償責任補償

保険期間 1 年

▶ 保険金額	Aタイプ	Bタイプ	Cタイプ
1事故・期間中	5,000万円	1億円	3億円

● このご案内は概要を説明したものです。詳しい内容のお問い合わせは下記までお願いします。●

団体契約者

社会福祉法人 全国社会福祉協議会

〈引受幹事
保険会社〉

損害保険ジャパン株式会社 医療・福祉開発部 第二課

TEL: 03(3349)5137

受付時間: 平日の9:00~17:00(土日・祝日、年末年始を除きます。)

取扱代理店

株式会社 福祉保険サービス

〒100-0013 東京都千代田区霞が関3丁目3番2号 新霞が関ビル17F

TEL: 03(3581)4667 FAX: 03(3581)4763

受付時間: 平日の9:30~17:30(12/29~1/3を除きます。)