

(書類提出の特例措置を希望する場合)

香川県知事 殿

介護支援専門員実務研修受講試験を受験したいので、関係書類を添えて申し込みます。 令和6 年 7 月 5 日

①	フリガナ	カガワ ハナコ		性別	生年月日				年齢						
	氏名 漢字	香川 花子		男 1 女 2	年号 昭和 3 平成 4	年	月	日							
				2	3	58	1	1	満	41	歳				
※該当する数字を欄に記入してください															
②	〒	7	6	0	-	0	0	1	7						
	住所	丸亀市土器町東1-2-3													
	携帯電話	080-1111-2222				自宅電話	0877-66-5555								
	e-mail アドレス	hanako-kagawa × × @ × × .co.jp													
※アドレスの記入は、o(オー)0(ゼロ)-(ハイフン)-(アンダーライン)の区別が付くよう、正確に記入してください。															
③	法人名等	(福)		長寿福祉会		事業コード		※法人名等は略称で記入してください。 社会福祉法人:(福) 医療法人:(医) 医療法人社団:(医社) 財団法人:(財)							
	施設・ 事業所名	特別養護老人ホーム 長寿				01									
	〒	7	6	3	-	8	5	0	1						
	住所	丸亀市大手町2丁目4番21号													
	電話番号	0877-23-1111				勤務先市町名	丸亀市								
※実務経験証明書の施設又は事業所のみを、古いものから順に記載。特例措置希望者は記入不要。															
実務 経験 履歴 記入欄	法定資格等	勤務先名称		従事期間(5年以上)								従事日数 (900日以上)			
				年号	年	月	日		年号	年	月	日	従事年月数		
								~					年	か月	日
								~					年	か月	日
								~					年	か月	日
合 計													年	か月	日
⑤	資格	法定資格名	取得(登録)年月日				⑥ 実務経験確認書類に 関する特例措置 (・該当する数字を記入 ・希望の場合、受験年度を記入) 希望する 1 希望しない 2 1 R4				⑦ 身体障害者等受験 特別措置の希望 (該当する欄に○) 希望する 希望しない ○				
		年号	年	月	日										
		介護福祉士	平成	19	4	24									
※香川県証紙は証紙納付書に貼布すること。															

※以下、事務局記入欄(記入しないでください)

勤務先 市町コード	事業コード	運営主体 コード	資格 コード	実務経験 見込	職種別番号	受付番号