

令和5年度介護支援専門員実務研修受講試験受験申込書

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5年 月 日

氏名	フリガナ			性別	生年月日				年齢			
	漢字			男 1	年号	年	月	日				満
				女 2	昭和 3 平成 4							
※該当する数字を欄に記入してください												
現住所	〒											
	住所											
	携帯電話				自宅電話							
	e-mailアドレス											
※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。												
勤務先	法人名等							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											
	〒											
	住所											
	電話番号				勤務先市町名							
※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 月 日		
					~					年 月 日		
					~					年 月 日		
合計									年 月 日			
資格	法定資格名	取得(登録)年月日				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				身体障害者等受験 特別措置の希望 (該当する欄に○)		
		年号	年	月	日							
						希望する 希望しない						
※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
----------	-------	---------	-------	--------	-------	------

※見込の場合は1