# 令和7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7年　　月　　日

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 氏名 | フリガナ | | 性別 | 生年月日 | | | | 年齢 | | | |
| | 漢字 | | 男 1<br>女 2 | 年号<br>昭和 3<br>平成 4 | 年 | 月 | 日 | 満 | | 歳 | |

※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 | |
| | 施設・事業所名 | | | | | | | | | | |
| | 〒 | | | | ー | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | 勤務先市町名 | | | | | | |

※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)

※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) | | | | | | | | | | 従事年月数 | 従事日数(900日以上) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 年号 | 年 | 月 | 日 | | 年号 | 年 | 月 | 日 | | | |
| | | | | | | | ～ | | | | | | 年　か月 | 日 |
| | | | | | | | ～ | | | | | | 年　か月 | 日 |
| | | | | | | | ～ | | | | | | 年　か月 | 日 |
| | | | | | | | ～ | | | | | | 年　か月 | 日 |
| | | | | | | | | | | | | 合　計 | 年　か月 | 日 |

| 資格 | 法定資格名 | 取得(登録)年月日 | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 年号 | 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<br>・希望の場合、受験年度を記入) | |
| 希望する 1<br>希望しない 2 | 受験年度 |
| | |

| 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 | |

※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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |