令和8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8年　月　日

氏名	フリガナ		生年月日				年齢		
	漢字		年号（昭和 3 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	〒	－（ハイフン）			
	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			
	〒	ー		
	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 ・希望の場合、受験年度を記入）	
希望する 1 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