

令和6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6年 月 日

氏名	フリガナ											性別	生年月日				年齢		
	漢字											男 1 女 2	年号	年	月	日			
													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		従事年数		
							~						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

※見込の場合は1