

令和 年度 大分県介護支援専門員実務研修受講試験 受験申込書

□ 申込日 令和 年 月 日

大分県知事 殿

下記のとおり、介護支援専門員実務研修受講試験を受験したいので、申し込みます。

受験地	大分市(大分大学)		※整理番号	
			※受験番号	
<input type="checkbox"/> フリガナ			<input type="checkbox"/> 生年月日	1 大正 ・ 2 昭和 ・ 3 平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> 氏名	姓	名	<input type="checkbox"/> 性別	1 男性 ・ 2 女性
<input type="checkbox"/> 現住所	〒 () 様方又はアパート・マンション名、室番号まで記入してください。			
	電話番号	()	携帯電話番号	()
<input type="checkbox"/> 現在の勤務先	法人名			
	事業所名		<input type="checkbox"/> 施設コード	
	所在地	〒 ()		
	電話番号	()		
	職種			
<input type="checkbox"/> 身体障がい等の有無	1 有 ・ 2 無	受験に際しての 配慮の必要の有無	1 有 ・ 2 無	※ 3 ・ 4
<input type="checkbox"/> 受験資格	本試験で 対象となる 法定資格	職種コード	取得資格名	取得年月日(登録年月日)
				1 昭和・2 平成・3 令和 年 月 日
				1 昭和・2 平成・3 令和 年 月 日
	相談援助職			
<input type="checkbox"/> 受験経験	過去2年以内に受験経験がある場合は、最後に受験した年度を選択してください。 ○ 年度 ○ 年度		受験時氏名	
<input type="checkbox"/> 実務経験 (実務経験証明書の内容を記入)	勤務先等の名称	職種名	業務(見込)期間 (年月日数)	従事日数
	①		年 月 日～ 年 月 日 (年 ヶ月 日間)	日間
	②		年 月 日～ 年 月 日 (年 ヶ月 日間)	日間
	③		年 月 日～ 年 月 日 (年 ヶ月 日間)	日間
	④		年 月 日～ 年 月 日 (年 ヶ月 日間)	日間
	⑤		年 月 日～ 年 月 日 (年 ヶ月 日間)	日間
合計			(年 ヶ月 日間)	日間
<input type="checkbox"/> 申込書を提出する時点での実務経験(見込)期間(5年以上かつ900日以上)			1 充足	2 見込み
※ 審査結果欄	<input type="radio"/> 法定資格	<input type="radio"/> 相談援助	<input type="radio"/> 非該当	審査判定日
				審査判定者名