

令和3年度富山県介護支援専門員実務研修受講試験受験申込書

令和3年 月 日

社会福祉法人富山県社会福祉協議会 会長 殿

下記により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。
 なお、この申込書に記載した内容は事実と相違ありません。

※受付番号			※ 左記「受付番号」及び、「受験番号」欄は記載しないでください。		
※受験番号					
ふりがな			昭和 年 月 日生		
氏名	(姓)	(名)	平成		
ふりがな					
住所	〒 -		自宅() - 携帯() -		
現在の勤務先 (施設・事業所名)	ふりがな			業態種別コード	職種
	名称				
	ふりがな			TEL() -	
	住所	〒 -		勤務先への連絡の可否(可・否) ※どちらかに○を付けてください (証明内容等の確認が必要な場合に連絡するもので、試験結果を伝えるものではありません。)	
実務経験の証明にかかる国家資格等名		国家資格等コード		資格登録年月日(登録証の発行日ではありません)	
①				昭和・平成・令和 年 月 日	
②				昭和・平成・令和 年 月 日	
③				昭和・平成・令和 年 月 日	
実務経験内容 (上から古い順↓)	※ 実務経験証明書省略受験者は、下記実務経験内容については記載不要です。				
	勤務先等の名称		職種	従事期間(実務経験証明書を参照ください)	従事日数
	①			昭・平・令 年 月 日～昭・平・令 年 月 日 (年 か月)	日間
	②			昭・平・令 年 月 日～昭・平・令 年 月 日 (年 か月)	日間
	③			昭・平・令 年 月 日～昭・平・令 年 月 日 (年 か月)	日間
	④			昭・平・令 年 月 日～昭・平・令 年 月 日 (年 か月)	日間
	⑤			昭・平・令 年 月 日～昭・平・令 年 月 日 (年 か月)	日間
通算従事期間・日数		年 か月		日間	
身体障害等による受験への配慮 (希望がある場合のみ記入)			肢体不自由・視覚・聴覚・その他()		

※受験手数料(9,500円)は、要項に添付されている専用払込取扱票を使用し、郵便局(ゆうちょ銀行)から払い込みのうえ、振替払込請求書兼受領証(原本)または現金自動預払機から出た「ご利用明細票(振替受付票)」(原本)を本書裏面の所定欄に貼付してください。

「振替払込請求書兼受領証」(原本)
または
「ご利用明細票(振替受付票)」(原本)
貼付欄

要項に添付の専用払込取扱票(2連式)で
郵便局(ゆうちょ銀行)から受験手数料を払
い込みください。

- ・窓口で払い込みの場合、返却された2連式
の右端「振替払込請求書兼受領証」(原本)
- ・現金自動預払機で払い込みの場合、機械か
ら出てきた「ご利用明細票(振替受付票)」
(原本)

**このいずれかを全面のり付けにて貼ってく
ださい。**

(セロテープ不可)

**貼付がない場合、受験申込書は受け付けら
れません。**