

1 (様式1) 受験申込書 記載要領

- ・黒のボールペンで正確に記入してください。
- ・記入を間違えた場合は、横線を2本引き、その上部枠内(なるべく枠内におさまるよう)に訂正後の文字をはっきりと記入してください。**訂正印は不要**です。
- ・作成にあたっては、P41の記載例を参照してください。

(表面)

整理番号 受験番号	○事務局で使用する欄ですので、記入しないでください。																																												
氏名	○枠内に氏名を記入し、 ひらがな でふりがなを記入してください。 ※ 戸籍等に記載されている漢字 で記入してください。【例】×高橋(略) → ○高橋(正式)																																												
生年月日	○元号は「昭和」「平成」の該当する方に○をしてください。 ○生年月日は、西暦ではなく和暦で記入してください。																																												
年齢(満) 性別	○満年齢は、試験申込時の年齢を記入してください。 ○性別は、「男」「女」の該当する方に○をしてください。																																												
現住所	○住民票に記載されている住所と現在居住している住所が異なる場合は、 <u>現在居住している住所を記入してください。</u> ○ここに記入された住所に合否通知、実務研修案内を送付しますので、間違いのないよう記入してください。 ○ <u>携帯番号、自宅電話については、必ず連絡の取れる番号を記入してください。連絡がつかず、必要事項の確認ができない場合、受験できないこともあります。</u>																																												
勤務先	<p>○受験申込時点の勤務先の種類を次の所属コード表から選択して、該当するコードを記入してください。</p> <p>○現在勤務していない場合は「120」を記入してください。</p> <p>【所属コード表】</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">コード</th> <th style="width: 40%;">所 属</th> <th style="width: 10%;">コード</th> <th style="width: 40%;">所 属</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>101</td> <td>病院</td> <td>111</td> <td>通所介護事業所</td> </tr> <tr> <td>102</td> <td>診療所</td> <td>112</td> <td>訪問看護事業所</td> </tr> <tr> <td>103</td> <td>歯科診療所</td> <td>113</td> <td>地域包括支援センター(在宅介護支援センター)</td> </tr> <tr> <td>104</td> <td>薬局</td> <td>114</td> <td>障害児(者)施設・事業所</td> </tr> <tr> <td>105</td> <td>老人福祉施設(特定施設を除く)</td> <td>115</td> <td>その他の福祉施設</td> </tr> <tr> <td>106</td> <td>老人保健施設</td> <td>116</td> <td>市区町村役場</td> </tr> <tr> <td>107</td> <td>特定施設入居者生活介護</td> <td>117</td> <td>市区町村社会福祉協議会</td> </tr> <tr> <td>108</td> <td>認知症対応型共同生活介護</td> <td>118</td> <td>教育・学校関連</td> </tr> <tr> <td>109</td> <td>小規模多機能型居宅介護</td> <td>119</td> <td>その他</td> </tr> <tr> <td>110</td> <td>訪問介護事業所</td> <td>120</td> <td>現在勤務していない</td> </tr> </tbody> </table> <p>記入例① 軽費老人ホーム・ケアハウス・有料老人ホームに勤務している方 →「107」(特定施設入居者生活介護)</p> <p>記入例② 社会福祉協議会の訪問介護事業所に勤務している方 →「110」(訪問介護事業所)</p> <p>○勤務先施設・事業所名・住所・電話番号・FAX番号は、法人ではなくお勤めのサービス事業所のものを記入してください。(受験要件・受験地に関わるため。)</p> <p>記入例① 社会福祉協議会の通所介護事業所に勤務している方 → お勤めの通所介護事業所の情報を記入してください。</p> <p>記入例② 社会福祉法人のグループホームに勤務している方 → お勤めの認知症対応型共同生活介護事業所の情報を記入してください。</p> <p>○無職の場合以外で勤務先が未記入の場合、申込書の再提出を求めています。</p>	コード	所 属	コード	所 属	101	病院	111	通所介護事業所	102	診療所	112	訪問看護事業所	103	歯科診療所	113	地域包括支援センター(在宅介護支援センター)	104	薬局	114	障害児(者)施設・事業所	105	老人福祉施設(特定施設を除く)	115	その他の福祉施設	106	老人保健施設	116	市区町村役場	107	特定施設入居者生活介護	117	市区町村社会福祉協議会	108	認知症対応型共同生活介護	118	教育・学校関連	109	小規模多機能型居宅介護	119	その他	110	訪問介護事業所	120	現在勤務していない
コード	所 属	コード	所 属																																										
101	病院	111	通所介護事業所																																										
102	診療所	112	訪問看護事業所																																										
103	歯科診療所	113	地域包括支援センター(在宅介護支援センター)																																										
104	薬局	114	障害児(者)施設・事業所																																										
105	老人福祉施設(特定施設を除く)	115	その他の福祉施設																																										
106	老人保健施設	116	市区町村役場																																										
107	特定施設入居者生活介護	117	市区町村社会福祉協議会																																										
108	認知症対応型共同生活介護	118	教育・学校関連																																										
109	小規模多機能型居宅介護	119	その他																																										
110	訪問介護事業所	120	現在勤務していない																																										

写真	<p>○写真は、申込前6ヶ月以内に撮影した、脱帽・無背景・正面（胸より上）で本人と確認できるものを貼ってください。（縦4センチ、横3センチ）</p> <p>○試験当日、本人と明確に確認できない場合は、受験できない場合がありますのでご注意ください。</p> <p>○不鮮明な写真、スナップ写真等の切り抜き、プリクラ、顔写真のコピーは認めません。</p> <p>○写真は、「受験申込書」「受験票」の2枚必要となります。必ず同じ写真を貼付してください。</p> <p>○受験時に眼鏡をかける方は、眼鏡をかけた状態で撮影してください。</p> <p>○写真ははがれないように、きちんと貼ってください。また万が一はがれた場合のために、裏面に自分の氏名を記入してください。</p>																																																
身体障がい の有無	<p>○身体障がいの「有・無」、受験上の特別な措置「要・不要」は、該当する方を○で囲んでください。</p> <p>○障がいコードは試験案内 P51 の表を参考に、該当するコードを記入してください。</p> <p>○特別な措置を希望する場合は、別に必要な書類がありますので申込書と一緒に送付してください。（P50 参照）</p> <p>○この欄に記入がない場合、特別な配慮は行われませんのでご注意ください。</p>																																																
受験資格区分	<p>○受験資格区分コード・受験資格名を次の受験資格区分コード表から選択して、該当するコード・受験資格名を記入してください。</p> <p>【受験資格区分コード】</p> <table border="1" data-bbox="357 855 1420 1283"> <thead> <tr> <th>コード</th> <th>受験資格名</th> <th>コード</th> <th>受験資格名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0 1</td><td>医師</td><td>1 2</td><td>視能訓練士</td></tr> <tr><td>0 2</td><td>歯科医師</td><td>1 3</td><td>義肢装具士</td></tr> <tr><td>0 3</td><td>薬剤師</td><td>1 4</td><td>歯科衛生士</td></tr> <tr><td>0 4</td><td>保健師</td><td>1 5</td><td>言語聴覚士</td></tr> <tr><td>0 5</td><td>助産師</td><td>1 6</td><td>あん摩マッサージ指圧師</td></tr> <tr><td>0 6</td><td>看護師</td><td>1 7</td><td>はり師・きゅう師</td></tr> <tr><td>0 7</td><td>准看護師</td><td>1 8</td><td>柔道整復師</td></tr> <tr><td>0 8</td><td>理学療法士</td><td>1 9</td><td>栄養士（管理栄養士含む）</td></tr> <tr><td>0 9</td><td>作業療法士</td><td>2 0</td><td>精神保健福祉士</td></tr> <tr><td>1 0</td><td>社会福祉士</td><td>2 1</td><td>相談援助業務従事者</td></tr> <tr><td>1 1</td><td>介護福祉士</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	コード	受験資格名	コード	受験資格名	0 1	医師	1 2	視能訓練士	0 2	歯科医師	1 3	義肢装具士	0 3	薬剤師	1 4	歯科衛生士	0 4	保健師	1 5	言語聴覚士	0 5	助産師	1 6	あん摩マッサージ指圧師	0 6	看護師	1 7	はり師・きゅう師	0 7	准看護師	1 8	柔道整復師	0 8	理学療法士	1 9	栄養士（管理栄養士含む）	0 9	作業療法士	2 0	精神保健福祉士	1 0	社会福祉士	2 1	相談援助業務従事者	1 1	介護福祉士		
コード	受験資格名	コード	受験資格名																																														
0 1	医師	1 2	視能訓練士																																														
0 2	歯科医師	1 3	義肢装具士																																														
0 3	薬剤師	1 4	歯科衛生士																																														
0 4	保健師	1 5	言語聴覚士																																														
0 5	助産師	1 6	あん摩マッサージ指圧師																																														
0 6	看護師	1 7	はり師・きゅう師																																														
0 7	准看護師	1 8	柔道整復師																																														
0 8	理学療法士	1 9	栄養士（管理栄養士含む）																																														
0 9	作業療法士	2 0	精神保健福祉士																																														
1 0	社会福祉士	2 1	相談援助業務従事者																																														
1 1	介護福祉士																																																
国家資格等 記入欄	<p>○「資格名」「コード」は、それぞれ上記「受験資格区分コード」の「受験資格名」「コード」の01～20までの該当するコードを記入してください。</p> <p>○複数の資格をお持ちの場合、全て記入してください。</p> <p>○「資格取得年月日」は、免許証及び登録証が発行された日ではなく、登録された日となりますので、免許証・登録証をよく確認のうえ、間違いのないよう記入してください。</p> <p>○「その他の資格」は、該当する番号に○印をつけてください。障がい者相談支援事業者初任者研修・現任者研修どちらも受講している場合は、初任者研修の修了日を記入してください。</p> <p>【例1】平成29年6月2日介護福祉士登録</p> <table border="1" data-bbox="392 1740 1104 1823"> <thead> <tr> <th>資格名</th> <th>コード</th> <th>資格取得年月日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>介護福祉士</td> <td>1 1</td> <td>S・(H)・R 29年 6月 2日</td> </tr> </tbody> </table> <p>【例2】平成27年5月5日准看護師登録、平成31年2月2日看護師登録</p> <table border="1" data-bbox="392 1892 1104 2007"> <thead> <tr> <th>資格名</th> <th>コード</th> <th>資格取得年月日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>准看護師</td> <td>0 7</td> <td>S・(H)・R 27年 5月 5日</td> </tr> <tr> <td>看護師</td> <td>0 6</td> <td>S・(H)・R 31年 2月 2日</td> </tr> </tbody> </table>	資格名	コード	資格取得年月日	介護福祉士	1 1	S・ (H) ・R 29年 6月 2日	資格名	コード	資格取得年月日	准看護師	0 7	S・ (H) ・R 27年 5月 5日	看護師	0 6	S・ (H) ・R 31年 2月 2日																																	
資格名	コード	資格取得年月日																																															
介護福祉士	1 1	S・ (H) ・R 29年 6月 2日																																															
資格名	コード	資格取得年月日																																															
准看護師	0 7	S・ (H) ・R 27年 5月 5日																																															
看護師	0 6	S・ (H) ・R 31年 2月 2日																																															

バス及び 駐車場の 利用について	○ 臨時バス及び駐車場手配の参考とさせていただきますので、該当する方を○で囲んでください。
過去の 受験歴	○ 過去の当該年度に岩手県での受験経験のある方は○印をつけてください。
実務経験期間	<ul style="list-style-type: none"> ○ 実務経験期間は5年900日を満たす分のみ記入してください。全ての職歴を記入する必要はありません。 ○ 勤務先名称は、実際にお勤めの施設、事業所名を記入してください。 ○ 同一事業所で職種の変更があった場合は、同じ事業所分はまとめて記入してください。 ○ 同一法人内で異なる事業所への異動があった場合は、それぞれ記入してください。 ○ 勤務先名称が4か所以上になる場合は、「(様式3)実務経験(見込)証明書」をコピーして使用してください。
振替払込請求 書兼受領証 (原本)の 貼り付け確認	○ 受験申込書の裏面へ振替払込請求書兼受領証(原本)を貼り付けた後、チェック(✓)をしてください。

(裏面)

振込払込 請求書兼受領 証(原本) 貼付欄	<ul style="list-style-type: none"> ○ 受験手数料の振込に際しては、試験案内 P23～P24 を必ず確認してください。 ○ 6月30日(木)までに郵便局の窓口で振込み、振込払込請求書兼受領証のコピーをとり、<u>原本</u>をはがれないように糊で貼り付けてください。(コピーは本人控えです。受験が終わるまで大切に保管してください。) ○ 貼付のない場合は受験ができませんのでご注意ください。
--------------------------------	---