

整理番号	※ 記入不要
------	--------

受験番号	※ 記入不要
------	--------

注1. ※は記入しないでください。

氏名	ふりがな	もりおか はなえ		性別	生年月日				年齢	
	漢字	盛岡 花絵		男	昭和	年	月	日	年齢	
		女	平成	5	7	0	3	0	4	満 40 歳

現住所	〒	0	2	0	-	0	0	3	5	写真はモノクロ、カラーどちらでも構いません。 ※受験申込書と受験票に貼付し	(写真欄) 1. 申込書提出の際に必ず写真を貼ってください。 2. 写真は申込み前6か月以内に撮影した上半身・脱帽・無背景・正面向で本人と確認できる縦4cm横3cmのものを貼ってください。
	住所	盛岡市本町通5丁目20									
	携帯電話	090-1234-5678			自宅電話	019-123-4567					

勤務先	所属コード	105		法人名等	社会福祉法人 星影				
	施設・事業所名	特別養護老人ホーム 銀河苑							
	〒	0	2	0	-	0	8	3	4
	住所	盛岡市永井1-2-3							
電話番号	019-638-1234			FAX番号	019-638-4321				

注2. 所属コードは試験案内P38を参照。

身体障がい	有	障がいコード	障がい名	受験上の特別な措置	要
	無				不要

注3.  
 (1) 身体障がいの有無を○で囲んでください。  
 (2) 障がいがある場合、試験案内(P51)のコード表から該当する「コード」と「障がい名」を記入し、受験上の特別な配慮希望の有無を○で囲んでください。

受験区分資格	受験資格区分コード	11
	受験資格名	介護福祉士

注4. コードは試験案内P39を参照。

記 国家入資格欄等	職 種	コード	資格取得年月日
	介護福祉士	11	S <sup>(H)</sup> ・R 28年 4月 15日
			S・H・R 年 月 日
			S・H・R 年 月 日
資 格 其 他	1. 障がい者相談支援事業者初任者研修 2. 障がい者相談支援事業者現任者研修 3. 主任相談支援員養成研修		S・H・R 年 月 日

注4. コードは試験案内P39を参照。

バス利用及び駐車場利用希望の有無について、該当する方を○で囲んでください。	
1 試験用臨時バス利用	有・無
2 試験会場駐車場利用	有・無

介護支援専門員実務研修受講試験を、過去に受験したことのある方は○印をつけてください。	○
平成29年度～令和3年度	○

実務経験期間	【勤務先名称】	【業務期間】※和暦で記入	【業務従事日数】
	特別養護老人ホーム銀河苑	S <sup>(S)</sup> ・H・R 28年 4月 15日～S・H <sup>(R)</sup> 4年 6月 21日	1,570日間
		S・H・R 年 月 日～S・H・R 年 月 日	日間
		S・H・R 年 月 日～S・H・R 年 月 日	日間
	合 計	6年 2ヶ月	1,570日間

注5.  
 (1) 実務経験期間は、実務経験証明書に記載されている内容と同じ内容を記入してください(受験資格を満たしている分のみを記入してください)。  
 (2) 実務経験証明書の提出を省略した方は、記入の必要はありません。

振替払込請求書兼受領証(原本)の貼り付け	✓
----------------------	---

※裏面へ振替払込請求書兼受領証(原本)を必ず貼付してください。

振替払込請求書兼受領証(原本)貼付欄

試験手数料11,300円の「振替払込請求書兼受領証(原本)」を太線の枠内に全面のり付けをして、貼り付けてください。

〔振替払込請求書兼受領証(原本)が  
貼り付けられていないものは受理できません。〕