●本試験案内は、受験申し込み後も、合否通知が届くまで大切に保管してください。

令 和 ５ 年 度
岩 手 県 介 護 支 援 専 門 員
実 務 研 修 受 講 試 験 案 内

試　験　日	令和５年１０月８日（日）
申込受付期間	令和５年６月５日（月）から 令和５年６月３０日（金）まで ※６月３０日（金）までの消印有効
申 込 方 法	簡易書留による郵送・直接持参 受付時間は、平日午前９時から午後５時までです。（土日祝日は受け付けません。）
試験手数料 及び振込方法	１０，９００円 本試験案内 P23 の払込取扱票の記載例を必ず確認の上、郵便局備え付けの払込取扱票へもれなく記入し、払い込んでください。 ※振込金額、振込先をよく確認してください。

試　験　事　務　局

（岩手県知事指定試験実施機関）

公益財団法人いきいき岩手支援財団

〒020-0015

盛岡市本町通 3 丁目 19 番 1 号　岩手県福祉総合相談センター３階

電話：０１９－６２６－０１９６

お問合せへの対応時間　土曜日・日曜日・祝日を除く 平日午前９時から午後５時まで

※　この「試験案内」をよくお読みいただき、なお不明な点がある場合に限り、問合せをしていただくようお願いします。

岩手県介護支援専門員実務研修受講試験を受験される皆さんへ

この試験は、介護支援専門員となるために受講が必要となる「介護支援専門員実務研修」の受講者を決定するにあたり、事前に受講に必要な専門知識（介護保険制度、要介護認定等、居宅サービス計画等）を有していることを確認するために行われるものです。

試験は「公益財団法人　いきいき岩手支援財団」が岩手県の指定を受けて実施します。

受験申し込みから介護支援専門員登録証交付まで

受　験　申　込　み
令和５年６月５日（月）～令和５年６月３０日（金）

↓

受験資格等の審査
令和５年９月中旬まで

↓

受　験　票　交　付
令和５年９月下旬に発送

↓

試　験　実　施
令和５年１０月８日（日）

↓

合　否　通　知
令和５年１２月４日（月）

↓

実務研修受講通知
令和５年１２月４日（月）

↓

実務研修受講
（前期研修／実習／後期研修）
令和６年１月～３月（予定）※

※詳細は、財団ホームページに掲載します。

↓

介護支援専門員登録申請（研修修了後３か月以内）
介護支援専門員証交付（県）
（交付の手続きは当財団ではなく岩手県で行います）

【　目　次　】

試験の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　２

試験会場略図・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　３

受験要件の確認

１　受験要件について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　５
「勤務期間算定に関する具体例」　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　６
法定資格保持者・別紙１　相談援助業務に従事する者の範囲・・・・・・・・・　８
２　試験内容・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　９

提出書類と申込方法

１　提出書類について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　１９
２　申込方法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　２２
払込取扱票　記載例・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　２３

申込後及び試験当日の留意事項

１　申込後の留意事項・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　２５
２　試験当日の留意事項・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　２７

よくある質問・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　２９

記載要領・記載例

１　（様式１）受験申込書　記載要領・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　３８
受験申込書　記載例・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　４１
２　（様式２）受験票　記載要領・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　４３
受験票　記載例・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　４４
３　（様式３）実務経験（見込）証明書　作成依頼要領・・・・・・・・・・・・・　４５
「（様式３）実務経験（見込）証明書」の作成について　・・・・・・・・・・・　４６
実務経験証明書　記載例・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　４７
４　（様式５）身体障がい者等受験特別措置申請書　記載要領・・・・・・・・・　５０

様式

１　受験申込書提出チェック表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　５３
２　申込書類の送付方法・宛名ラベル・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　５４
３　（様式１）受験申込書・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　５５
４　（様式２）受験票・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　５７
５　（様式３）実務経験（見込）証明書・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　５８
６　（様式４）勤務記録証明書・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　５９
７　（様式５）身体障がい者等受験特別措置申請書・・・・・・・・・・・・・・・・　６０
８　（様式６－１～４）診断・意見書・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　６１
９　（様式７）記載事項変更届・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　６５

令和５年度岩手県介護支援専門員実務研修受講試験申込時に提出された書類等の個人情報に関する事項については、介護支援専門員実務研修受講試験に関連する業務のみに使用し、それ以外の目的には使用しません。

試験の概要

（１）試験日時

試験日	令和５年１０月８日（日）
時間	入　　場　　午前　８時３０分　～　９時３０分 オリエンテーション　午前　９時３０分　～　１０時００分 試　　験　　午前　１０時００分　～　１２時００分（１２０分）
注意事項	○ 試験開始後３０分以降は入室を認めません。 ○ 試験開始後３０分間及び試験終了前１０分間は退室を認めません。 ○ 気象状況、交通事故等により多数の受験者が定刻に出席できない時は、その状況、回復の見通し等を確認の上、試験事務局において判断し、開始時刻を繰り下げることがあります。 ○ 地震等の自然災害や不測の事態により試験実施が困難な場合は、試験を延期又は中止します。その際は、いきいき岩手支援財団のホームページに掲載しますので、事前にご確認ください。また、その後の対応については、決まり次第ご連絡します。 いきいき岩手支援財団ホームページ　https://www.silverz.or.jp/

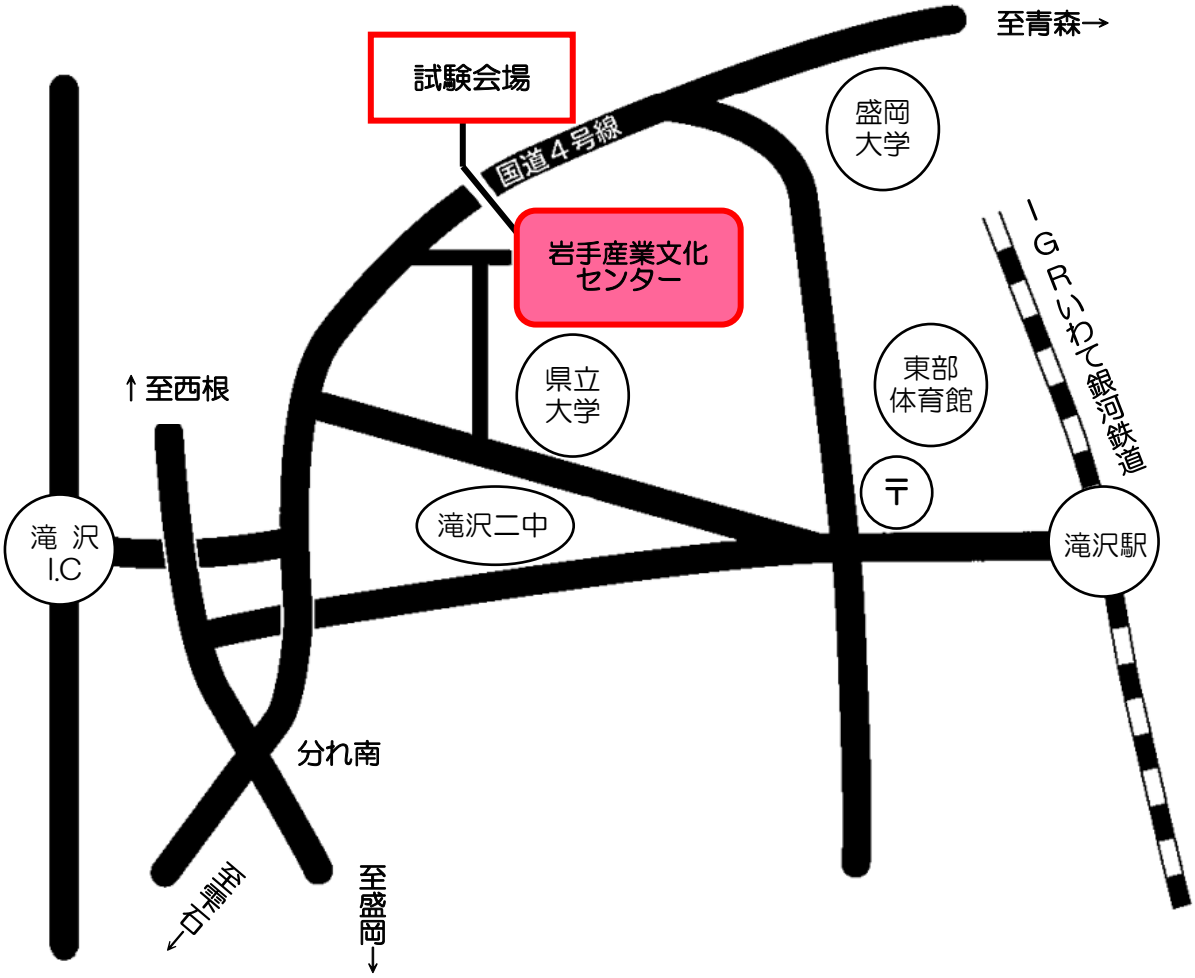
（２）試験会場（予定）

試験会場	岩手産業文化センター　ツガワ未来館アピオ　（催事場）　滝沢市砂込３８９－２０
注意事項	○ 試験会場は、試験事務局で決定し、受験票で通知します。**受験者が試験会場を選ぶことはできません。** ○ 試験会場は、事情により上記以外に追加、または変更する場合がありますので、必ず受験票に記載する試験会場をご確認ください。 ○ 試験日前日の試験会場の下見はできません。また、**試験会場への電話等による直接の問合せは行わないでください。**試験会場に関する問合せは、試験事務局にお願いします。 ○ 試験会場の開場は８時３０分からですが、会場周辺は混雑しますので時間には余裕をもって集合してください。 ○ 試験会場には駐車場を完備しています。また、当日は盛岡駅～試験会場間の臨時バス（有料）を運行します。 ○ 試験会場及び交通手段等の案内については、「試験会場略図（P3 参照）」に記載しています。

（３）試験内容

出題範囲 及び出題数	○ 「試験内容」を参照してください。（P9～17）
出題形式及び 解答方法	○ マークシートによる５肢複択方式
身体障がい者 等に対する 受験特別措置	○ 受験申込者の中で身体に障がいがあるため、受験上特別な配慮（試験会場への車での来場、点字問題や点字による解答、試験時間の延長等）を希望する場合は、受験申込書の所定の欄に必要事項を記載するほか、**あらかじめ、令和５年６月２１日（水）までに試験事務局まで必ず連絡の上、当該配慮事項等について相談をしてください**。 ○ 受験申込締切後、突発的な事故等により配慮が必要となった場合は、試験事務局にご相談ください。ただし、会場や事務手続の関係上、十分に配慮できない場合がありますので、ご了承ください。

試 験 会 場 略 図



交 通 案 内

(1)【試験用臨時バス】岩手県北バス

○　盛岡駅前発（盛岡駅東口バスターミナル）⇔　岩手産業文化センター

○　所要時間　約 30 分

○　運賃　大人：片道 470 円

※8:00 より順次運行いたします。

(2)【電車】IGR いわて銀河鉄道

○　盛岡駅　⇔　滝沢駅

○　所要時間　約 15 分

○　運賃　大人：片道 380 円

※滝沢駅からタクシー：約 10 分

(3)【タクシー・自家用車】

※盛岡駅から、岩手産業文化センターまで（約 19 ㎞）所要時間　約 30 分

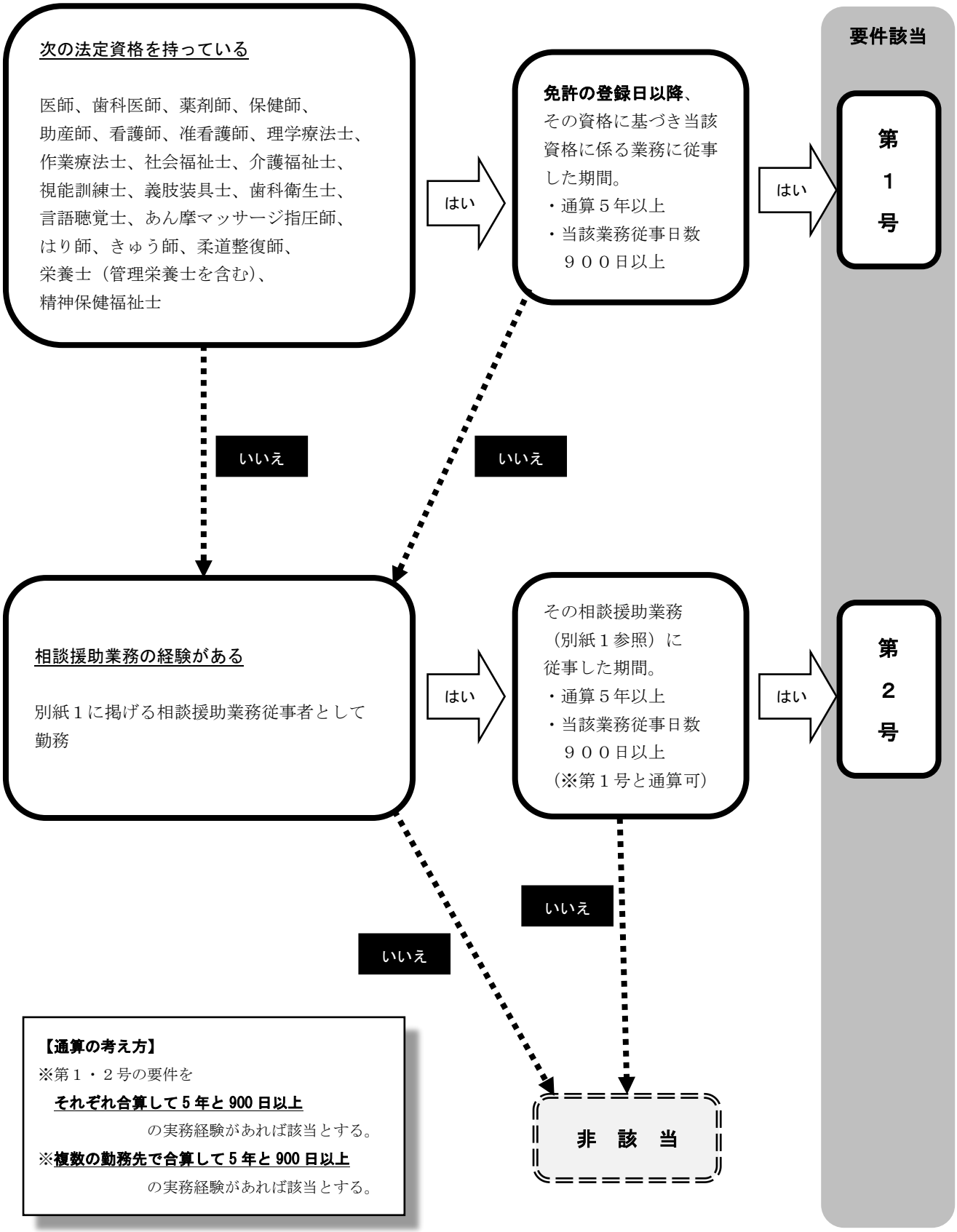
～上記所要時間は目安ですので、時間に余裕をもって移動してください。～

受験要件の確認

１　受験要件について

（１）実務経験となる業務

受験要件に該当するか下記のチェックリストで確認してください。**但しチェックリストは簡略化したものですので、受験要件を確認する際には、必ず本案内を参照してください。**



◎受験要件簡易チェックリストから該当する要件の詳細を確認してください。

「介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号）」の規定により、実務経験を満たしている（詳細は下記）ことを、受験要件としています。

この受験要件を満たしていない場合は、試験を受けることができません。

【受験要件】※下記の要件を満たすことが必要です。

（下表）の第１号から第２号に定める期間が通算して５年以上であり、かつ、当該業務に従事した日数が９００日以上であること。

（下　表）

第１号	次の法定資格を有する者が、その資格に基づき当該資格にかかる業務に従事した期間 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士（管理栄養士を含む）、精神保健福祉士 **※第１号に該当する場合、当該資格に係る業務に従事した期間は、当該資格の免許の登録の日以降が算定されます。** （「勤務期間算定に関する具体例」を参照してください）	具体例 下記参照
第２号	別紙１に掲げる相談援助の業務に従事した期間	別紙１ Ｐ８

※１　いずれの区分についても、**要援護者に対する直接的な対人援助が、当該者の本来業務として明確に位置づけられていること**が必要です。

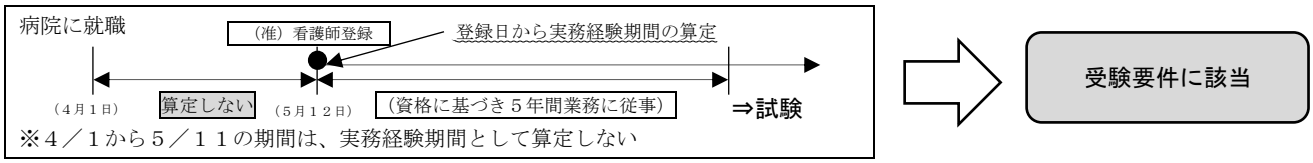
教職者や研究業務を行っているような期間は算定できません。

※２　受験要件は、試験日の前日までの期間を算定することができます。

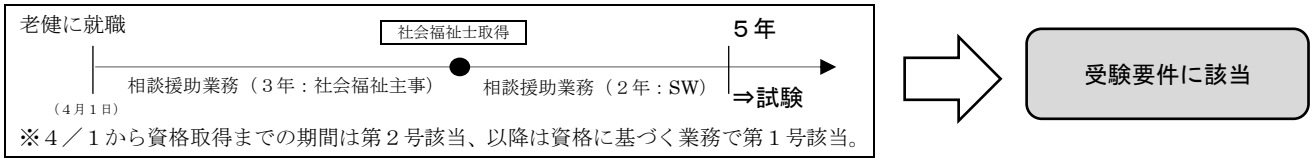
※３　施設、事業所等の廃業及び統廃合等により、実務経験証明書の発行が困難な場合については、給与明細、雇用契約書等により証明することも可能です。

「勤務期間算定に関する具体例」

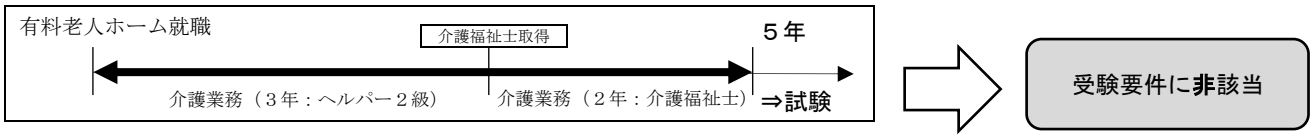
（１）４月１日から病院に勤務、（准）看護師免許登録は５月１２日



（２）老健で相談援助業務に従事、社会福祉士取得



（３）有料老人ホームで訪問介護員養成研修２級（ヘルパー２級）として従事、介護福祉士を取得



（２）その他の受験要件

受験地について

○ 申込日現在、受験資格に該当する業務に従事している場合は、その勤務地が岩手県内であること。
○ 申込日現在、受験資格に該当する業務に従事していない場合は、住所地が岩手県内であること。
※受験対象となる資格は有しているが現在勤務していない、あるいは他の業務に従事している場合

申込日現在	勤務地・住所地	受験地
受験資格に該当する業務に従事している場合	岩手県で勤務	岩手県
	岩手県以外で勤務	勤務地の都道府県
受験資格に該当する業務に従事していない場合又は無職の場合	岩手県在住	岩手県（※）
	岩手県以外に在住	住所地の都道府県

（※）の場合は、住所地の証明のために住民票の提出が必要となります。

実務研修の受講について

○ 試験合格後、令和６年１月～３月（予定）に行われる「介護支援専門員実務研修」の受講ができることが受験の要件となります。この試験案内の表紙裏に記載されている実務研修日程（予定）および P26(6)「介護支援専門員実務研修の受講（合格者のみ）」を必ずご確認いただき、受講が可能か確認をしてから申込みをしてください。（詳しい研修の日程については合格者にのみ送付する実務研修の案内に記載します。会場等の都合により研修日程は変更となることがありますのであらかじめご了承ください。）
※本試験は、令和５年度介護支援専門員実務研修の受講者を決定するための試験です。
※実務研修の修了をもって介護支援専門員として登録が可能となります。

受験対象者についての留意点

次の(1)から(7)のいずれかに該当する方は、試験に合格し、介護支援専門員実務研修を修了しても、介護支援専門員としての登録を受けることができません（介護保険法第 69 条の 2 第 1 項）ので、ご注意ください。
また、介護支援専門員の登録を受けた後に下記(1)から(3)までのいずれかに該当することとなった場合（介護保険法第 69 条の 39 第 1 項第 1 号）や、不正の手段により介護支援専門員の登録を受けた場合（介護保険法第 69 条の 39 第 1 項第 2 号）は介護支援専門員の登録を削除することになりますのでご注意ください。

(1) 成年被後見人又は被保佐人
(2) 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者
(3) 介護保険法（平成 9 年法律第 123 号。以下「法」という。）その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で、法令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者
(4) 登録の申請前 5 年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者
(5) 法第 69 条の 38 第 3 項の規定による禁止の処分を受け、その禁止の期間中に法第 69 条の 6 第 1 項第 1 号の規定によりその登録が消除され、まだその期間が経過しない者
(6) 法第 69 条の 39 の規定による登録の消除の処分を受け、その処分の日から起算して 5 年を経過しない者
(7) 法第 69 条の 39 の規定による登録の消除の処分に係る行政手続法（平成 5 年法律第 88 号）第 15 条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に登録の消除の申請をした者（登録の消除の申請について相当の理由がある者を除く。）であって、当該登録が消除された日から起算して 5 年を経過しない者

法定資格保持者

（介護保険法施行規則第 113 条の 2 第 1 項第 1 号関係）

区分	法定資格	区分	法定資格
０００１	医師	００１１	介護福祉士
０００２	歯科医師	００１２	視能訓練士
０００３	薬剤師	００１３	義肢装具士
０００４	保健師	００１４	歯科衛生士
０００５	助産師	００１５	言語聴覚士
０００６	看護師	００１６	あん摩マッサージ指圧師
０００７	准看護師	００１７	はり師・きゅう師
０００８	理学療法士	００１８	柔道整復師
０００９	作業療法士	００１９	栄養士（管理栄養士を含む）
００１０	社会福祉士	００２０	精神保健福祉士

別紙１　相談援助業務に従事する者の範囲

（介護保険法施行規則第 113 条の 2 第 1 項第 2 号関係）

区分	対象事業及び施設	対象となる職員（職種）	規定する法令・通知等
１１０１	特定施設入居者生活介護	生活相談員	「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」（平成 11 年厚生省令第 37 号）第 175 条第 1 項第 1 号
１１０２	地域密着型特定施設入居者生活介護	生活相談員	「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」（平成 18 年厚生労働省令第 34 号）第 110 条第 1 項第 1 号
１１０３	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	生活相談員	「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」（平成 18 年厚生労働省令第 34 号）第 131 条第 1 項第 2 号
１１０４	介護老人福祉施設	生活相談員	「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」（平成 11 年厚生省令第 39 号） 第 2 条第 1 項第 2 号
１１０５	介護老人保健施設	支援相談員	「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準」（平成 11 年厚生省令第 40 号）第 2 条第 1 項第 4 号
１１０６	介護予防特定施設入居者生活介護	生活相談員	「指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準」（平成 18 年厚生労働省令第 35 号）第 231 条第 1 項第 1 号
１１０７	指定計画相談支援事業	相談支援専門員	「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準」（平成 24 年厚生労働省令第 28 号）第 3 条
１１０８	指定障害児相談支援事業	相談支援専門員	「児童福祉法に基づく指定障害児相談支援の事業の人員及び運営に関する基準」（平成 24 年厚生労働省令第 29 号）第 3 条
１１０９	生活困窮者自立相談支援事業	主任相談支援員	「生活困窮者自立支援事業等の実施について」（平成 27 年 7 月 27 日社援発 0727 第 2 号厚生労働省社会・援護局長通知）の別紙（別添 1）自立相談支援事業実施要領 3(2)ア

２　試験内容

１．試験内容及び出題範囲

具体的な試験内容及び出題範囲は、厚生労働省が示す（別表）「**介護支援専門員実務研修受講試験の試験出題範囲**」（P10～P17）のとおりです。

２．出題方式及び出題数

（１）出題方式

五肢複択方式とします。

（２）出題数、試験時間

区　　分	問題数	試験時間
介護支援分野 介護保険制度の基礎知識 要介護認定等の基礎知識 居宅・施設サービス計画の基礎知識等	２５問	１２０分 （原則 10：00～12：00） ※点字受験者（１．５倍） １８０分 ※弱視等受験者（１．３倍） １５６分
保健医療福祉サービス分野 保健医療サービスの知識等 福祉サービスの知識等	２０問 １５問	
合　　計	６０問	

３．採点方法

介護支援分野と保健医療福祉サービス分野のそれぞれの分野で、別途、都道府県知事又は登録試験問題作成機関が設定する一定割合以上の正答の場合に合格となります。

（別表）　　介護支援専門員実務研修受講試験の試験問題出題範囲

介護保険法別表の科目	区分	大項目	中項目	小項目
― この法律その他関係法令に関する科目	1　基本視点	1　介護保険制度導入の背景	1　高齢化の進展と高齢者を取り巻く状況の変化	1　長寿・高齢化の進展 2　高齢化の進展に伴う要介護高齢者の増加 3　介護の長期化・重度化 4　家族の介護機能の低下 5　個人の人生にとっての介護問題 6　家族にとっての介護問題 7　社会にとっての介護問題
			2　従来の制度の問題点	1　老人福祉制度 2　老人医療制度 3　制度間の不整合
			3　社会保険方式の意識	1　我が国の社会保険制度のあり方 2　給付と負担の関係の明確性 3　利用者の選択の尊重
			4　介護保険制度創設のねらい	1　介護という新たな課題への対応 2　効率的、公平な制度の創設 3　サービス利用者の立場に立った制度体系 4　民間活力の活用 5　高齢者の被保険者としての位置づけ
		2　介護保険と介護支援サービス	―	―
	2　介護保険制度論	1　介護保険制度論	1　介護保険制度の目的等	1　社会保障、社会保険、介護保険の体系 2　医療保障の体系 3　高齢者の保健・医療・福祉の体系 4　介護保険制度の目的 5　保険事故と保険給付の基本的理念 6　国民の努力および義務
			2　保険者及び国、都道府県の責務等	1　保険者 2　保険者の事務 3　介護保険の会計 4　条例 5　国の責務、事務 6　都道府県の責務、事務 7　医療保険者および年金保険者の事務 8　審議会
			3　被保険者	1　被保険者の概念 2　強制適用 3　被保険者の資格要件 4　住所認定の基準 5　適用除外 6　資格取得の時期 7　資格喪失の時期 8　届出 9　住所地特例 10　被保険者証
			4　保険給付の手続・種類・内容	1　要介護認定および要支援認定 2　要介護認定等の手続 3　介護認定審議会 4　保険給付通則

（別表）　　介護支援専門員実務研修受講試験の試験問題出題範囲

介護保険法別表の科目	区分	大項目	中項目	小項目
				5　保険給付の種類
				6　保険給付の内容
				7　介護報酬
				8　支給限度額
				9　現物給付
				10　審査・支払い
				11　利用者負担
				12　保険給付の制限
			5　事業者及び施設 （人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を含む。）	1　指定居宅サービス事業者
				2　指定居宅介護支援事業者
				3　介護支援専門員
				4　指定介護予防サービス事業者
				5　指定介護予防支援事業者
				6　指定地域密着型サービス事業者
				7　指定地域密着型介護予防サービス事業者
				8　基準該当サービスの事業者
				9　離島等における相当サービスの事業者
				10　介護保険施設
			6　介護保険事業計画	1　基本指針
				2　老人保健福祉計画、医療計画との関係
				3　市町村介護保険事業計画
				4　都道府県介護保険事業支援計画
			7　保険財政	1　財政構造
				2　事務費
				3　その他の補助
				4　第1号被保険者に係る保険料
				5　介護給付費交付金および介護給付費納付金
				6　第2号被保険者に係る保険料
				7　支払基金の業務
			8　財政安定化基金等	1　財政安定化基金事業
				2　市町村相互財政安定化事業
			9　地域支援事業	1　介護予防・日常生活支援総合事業等
				2　包括的支援事業
				3　その他の事業
				4　財源構成
			10　介護サービス情報の公表	1　介護サービス情報の公表の内容
				2　指定調査機関
				3　指定情報公表センター
			11　国民健康保険団体連合会の介護保険事業関係業務	1　審査・支払い
				2　給付費審査委員会
				3　苦情処理等の業務
				4　第三者行為求償事務
				5　その他の業務
			12　審査請求	1　概説
				2　審査請求ができる事項
				3　介護保険委員会
				4　委員

（別表）　　介護支援専門員実務研修受講試験の試験問題出題範囲

介護保険法別表の科目	区分	大項目	中項目	小項目
				5　審査裁決を行う合議体 6　専門調査員 7　訴訟との関係
			13　雑則	1　報告の徴収等 2　先取特権の順位 3　時効等 4　資料の提供等
			14　検討規定（附則）	―
二　居宅サービス計画、施設サービス計画及び介護予防サービス計画に関する科目	3　ケアマネジメント機能論	1　ケアマネジメント機能論	1　介護保険制度におけるケアマネジメント	1　介護保険におけるケアマネジメントの定義と必要性 2　介護保険におけるケアマネジメント機能の位置づけ 3　介護保険でのサービス利用手続きの全体構造と介護支援サービス
			2　ケアマネジメントの基本的理念、意義等	1　要介護者等とその世帯の主体性尊重の仕組み 2　自立支援、多様な生活を支えるサービスの視点 3　家族（介護者）への支援の必要性 4　保健・医療・福祉サービスを統合したサービス調整の視点 5　サービスの展開におけるチームアプローチの視点 6　適切なサービス利用（効果性、効率性）の視点 7　保健・医療・福祉サービス（保険給付サービス等）とインフォーマルサポートを統合する社会資源調整の視点
			3　介護支援専門員の基本姿勢	―
			4　介護支援専門員の役割・機能	1　利用者本位の徹底 2　チームアプローチの実施－総合的判断と協働 3　居宅サービス計画に基づくサービス実施状況のモニタリングと計画の修正 4　サービス実施計画体制におけるケアマネジメントの情報提供と秘密保持 5　信頼関係の構築 6　社会資源の開発
			5　ケアマネジメントの記録	―
		2　介護支援サービス方法論	1　居宅介護支援サービスの開始過程	―
			2　居宅サービス計画作成のための課題分析	―
			3　居宅サービス計画作成指針	―
			4　モニタリングおよび居宅サービス計画での再課題分析	―
		3　介護予防支援サービス方法論	1　介護予防支援サービスの開始過程	―
			2　介護予防サービス計画作成のための課題分析	―
			3　介護予防サービス計画作成指針	―
			4　モニタリングおよび介護予防サービス計画での再課題分析	―
		4　施設介護支援サービス方法論	1　施設介護支援サービスの開始過程	―
			2　施設サービス計画作成のための課題分析	―
			3　施設サービス計画作成指針	―
			4　モニタリングおよび施設サービス計画での再課題分析	―
三　介護給付等対象サービスその他の保健医療サービス及び福祉サービスに関する科目	4　高齢者支援展開論（高齢者介護総論）	1　総論Ⅰ 医学編	1　高齢者の身体的・精神的な特徴と高齢期に多い疾病および障害	1　高齢者の身体的・精神的・心理的特徴 2　高齢者に起こりやすい疾病および障害の特徴 3　高齢者に多くみられる各種の疾患
			2　バイタルサインの正確な観察・測定、解釈・分析	1　全身の観察とバイタルサイン 2　バイタルサインの正しい観察・測定方法とポイント
			3　検査の意義およびその結果の把握、患者指導	1　検査値の変動について 2　検査各論

（別表）　　介護支援専門員実務研修受講試験の試験問題出題範囲

介護保険法別表の科目	区分	大項目	中項目	小項目
			4　介護技術の展開	1　身体介護と家事援助の関連 2　食事の介護 3　排泄および失禁の介護 4　褥瘡への対応 5　睡眠の介護 6　清潔の介護 7　口腔のケア
			5　ケアにおけるリハビリテーション	1　リハビリテーションの考え方 2　リハビリテーションの基礎知識 3　リハビリテーションの実際（訓練と援助の実際）
			6　認知症高齢者の介護	1　老人性認知症の特徴、病態 2　認知症高齢者・家族への援助と介護支援サービス
			7　精神に障害のある場合の介護	1　高齢者の精神障害 2　精神に障害のある高齢者の介護
			8　医学的診断・治癒内容・予後の理解	1　医学的診断の理解 2　治癒内容の理解 3　予後の理解
			9　現状の医学的問題、起こりうる合併症、医師、歯科医師への連絡・情報交換	1　現状の医学的問題のとらえ方 2　起こりうる合併症の理解 3　医師、歯科医師への連絡・情報交換
			10　栄養・食生活からの支援・介護	1　人間らしい栄養・食生活とは 2　栄養・食生活からの介護の手順 3　望ましい栄養・食生活をめざして提示されている食生活指針等
			11　呼吸管理、その他の在宅医療管理	1　呼吸管理の考え方 2　その他の在宅医療管理
			12　感染症の予防	1　感染症の種類と特徴 2　起こりやすい感染症の予防と看護・介護
			13　医療器具を装着している場合の留意点	1　在宅酸素療法（HOT） 2　気管内挿管 3　人工呼吸器 4　腹膜透析 5　在宅中心静脈栄養法 6　内視鏡的胃瘻造設術（PEG） 7　ペースメーカー
			14　急変時の対応	1　高齢者救急疾患の病態上の特徴 2　主な急変時の対応 3　在宅看護・介護で遭遇しやすい急変
			15　健康増進・疾病障害の予防	1　基本理念 2　生活習慣病の予防 3　がん 4　循環器疾患 5　糖尿病 6　骨粗しょう症 7　21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）
		2　総論Ⅱ 福祉編	1　基礎相談・面接技術	1　基本姿勢 2　コミュニケーションの知識と技術 3　インテークワーク技術

（別表）　　介護支援専門員実務研修受講試験の試験問題出題範囲

介護保険法別表の科目	区分	大項目	中項目	小項目
				4　隠されたニーズの発見
			2　ソーシャルワークとケアマネジメント（介護支援サービス）	―
			3　ソーシャルワーク（社会福祉専門援助技術）の概要	1　個別援助技術（ソーシャルケースワーク） 2　集団援助技術（ソーシャルグループワーク） 3　地域援助技術（コミュニティワーク）
			4　接近困難事例への対応	1　援助困難事例への対応 2　接近困難事例と問題状況の分類 3　接近困難事例の理解とアプローチ
		3　総論Ⅲ 臨死編	1　チームアプローチの必要性および各職種の役割	―
			2　高齢者のターミナルケアの実際、家族へのケア	1　事例の概要 2　在宅での看取りの成立条件 3　在宅ホスピスにおける症状緩和 4　死の教育 5　在宅ホスピスとQOL
			3　死亡診断	1　死亡に医師が立ち会っているとき 2　医師が立ち会っていないとき 3　精神面からみたターミナルケア
	5　高齢者支援展開論（居宅サービス事業各論）	1　訪問介護方法論	1　訪問介護の意義・役割	―
			2　訪問介護サービス利用者の特性	―
			3　訪問介護の内容・特徴	―
			4　介護支援サービスと訪問介護	―
		2　訪問入浴介護方法論	1　訪問入浴介護の意義・目的	―
			2　訪問入浴介護利用者の特性	―
			3　訪問入浴介護の内容・特徴	―
			4　介護支援サービスと訪問入浴介護	―
		3　訪問看護方法論	1　訪問看護の意義・目的	―
			2　訪問看護サービス利用者の特性	―
			3　訪問看護の内容・特徴	―
			4　介護支援サービスと訪問看護	―
		4　訪問リハビリテーション方法論	1　訪問リハビリテーションの意義・目的	―
			2　訪問リハビリテーションサービス利用者の特性	―
			3　訪問リハビリテーションの内容・特徴	―
			4　介護支援サービスと訪問リハビリテーション	―
		5　居宅療養管理指導方法論	1　医学的管理サービスの意義・目的	―
			2　医学的管理サービス利用者の特性	―
			3　介護支援サービスと医学的管理サービス	―
			4　口腔管理―歯科衛生指導の意義・目的	―
			5　口腔管理―歯科衛生指導利用者の特性	―
			6　介護支援サービスと口腔管理―歯科衛生指導	―
			7　薬剤管理指導の意義・目的	―
			8　薬剤管理指導利用者の特性	―
			9　介護支援サービスと薬剤管理指導	―
		6　通所介護方法論	1　通所介護の意義・目的	―
			2　通所介護サービス利用者の特性	―
			3　通所介護の内容・特徴	―
			4　介護支援サービスと通所介護	―
		7　通所リハビリテーション方法論	1　通所リハビリテーションの意義・目的	―

（別表）　　介護支援専門員実務研修受講試験の試験問題出題範囲

介護保険法別表の科目	区分	大項目	中項目	小項目
			2 通所リハビリテーションサービス利用者の特性	—
			3 通所リハビリテーションの内容・特徴	—
			4 介護支援サービスと通所リハビリテーション	—
		8 短期入所生活介護方法論	1 短期入所生活介護の意義・目的	—
			2 短期入所生活介護サービス利用者の特性	—
			3 短期入所生活介護の内容・特徴	—
			4 介護支援サービスと短期入所生活介護	—
		9 短期入所療養介護方法論	1 短期入所療養介護の意義・目的	—
			2 短期入所療養介護サービス利用者の特性	—
			3 短期入所療養介護の内容・特徴	—
			4 介護支援サービスと短期入所療養介護	—
		10 特定施設入居者生活介護方法論	1 特定施設入居者生活介護の意義・目的	—
			2 特定施設入居者生活介護サービス利用者の特性	—
			3 特定施設入居者生活介護の内容・特徴	—
			4 介護支援サービスと特定施設入居者生活介護	—
		11 福祉用具及び住宅改修方法論	1 福祉用具の意義・目的	—
			2 福祉用具利用者の特性および福祉用具の機能、使用法	—
			3 福祉用具の内容・特徴	—
			4 介護支援サービスと福祉用具	—
			5 住宅改修の意義・目的	—
			6 住宅改修利用者の特性および住宅改修の機能、使用法	—
			7 住宅改修の内容・特徴	—
			8 介護支援サービスと住宅改修	—
	6 高齢者支援展開論（地域密着型サービス事業各論）	1 定期巡回・随時対応型訪問介護看護方法論	1 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の意義・目的	—
			2 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用者の特性	—
			3 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の内容・特徴	—
		2 夜間対応型訪問介護方法論	1 夜間対応型訪問介護の意義・目的	—
			2 夜間対応型訪問介護の利用者の特性	—
			3 夜間対応型訪問介護の内容・特徴	—
		3 地域密着型通所介護方法論	1 地域密着型通所介護の意義・目的	—
			2 地域密着型通所介護の利用者の特性	—
			3 地域密着型通所介護の内容・特徴	—
		4 認知症対応型通所介護方法論	1 認知症対応型通所介護の意義・目的	—
			2 認知症対応型通所介護の利用者の特性	—
			3 認知症対応型通所介護の内容・特徴	—
		5 小規模多機能型居宅介護方法論	1 小規模多機能型居宅介護の意義・目的	—
			2 小規模多機能型居宅介護の利用者の特性	—
			3 小規模多機能型居宅介護の内容・特徴	—
		6 認知症対応型共同生活介護方法論	1 認知症対応型共同生活介護の意義・目的	—
			2 認知症対応型共同生活介護の利用者の特性	—
			3 認知症対応型共同生活介護の内容・特徴	—
		7 地域密着型特定施設入居者生活介護方法論	1 地域密着型特定施設入居者生活介護の意義・目的	—
			2 地域密着型特定施設入居者生活介護の利用者の特性	—
			3 地域密着型特定施設入居者生活介護の内容・特徴	—
		8 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護方法論	1 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の意義・目的	—
			2 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の利用者の特性	—
			3 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の内容・特徴	—

（別表）　　介護支援専門員実務研修受講試験の試験問題出題範囲

介護保険法別表の科目	区分	大項目	中項目	小項目
		9　複合型サービス方法論	1　複合型サービスの意義・目的	—
			2　複合型サービスの利用者の特性	—
			3　複合型サービスの内容・特徴	—
	7　高齢者支援展開論（介護予防サービス事業各論）	1　介護予防訪問入浴介護方法論	1　介護予防訪問入浴介護の意義・目的	—
			2　介護予防訪問入浴介護利用者の特性	—
			3　介護予防訪問入浴介護の内容・特徴	—
			4　介護予防支援サービスと介護予防訪問入浴介護	—
		2　介護予防訪問看護方法論	1　介護予防訪問看護の意義・目的	—
			2　介護予防訪問看護サービス利用者の特性	—
			3　介護予防訪問看護の内容・特徴	—
			4　介護予防支援サービスと介護予防訪問看護	—
		3　介護予防訪問リハビリテーション方法論	1　介護予防訪問リハビリテーションの意義・目的	—
			2　介護予防訪問リハビリテーションサービス利用者の特性	—
			3　介護予防訪問リハビリテーションの内容・特徴	—
			4　介護予防支援サービスと介護予防訪問リハビリテーション	—
		4　介護予防居宅療養管理指導方法論	1　医学的管理サービスの意義・目的	—
			2　医学的管理サービス利用者の特性	—
			3　介護予防支援サービスと医学的管理サービス	—
			4　口腔管理―歯科衛生指導の意義・目的	—
			5　口腔管理―歯科衛生指導利用者の特性	—
			6　介護予防支援サービスと口腔管理―歯科衛生指導	—
			7　薬剤管理指導の意義・目的	—
			8　薬剤管理指導利用者の特性	—
			9　介護予防支援サービスと薬剤管理指導	—
		5　介護予防通所リハビリテーション方法論	1　介護予防通所リハビリテーションの意義・目的	—
			2　介護予防通所リハビリテーション利用者の特性	—
			3　介護予防通所リハビリテーションの内容・特徴	—
			4　介護予防支援サービスと介護予防通所リハビリテーション	—
		6　介護予防短期入所生活介護方法論	1　介護予防短期入所生活介護の意義・目的	—
			2　介護予防短期入所生活介護サービス利用者の特性	—
			3　介護予防短期入所生活介護の内容・特徴	—
			4　介護予防支援サービスと介護予防短期入所生活介護	—
		7　介護予防短期入所療養介護方法論	1　介護予防短期入所療養介護の意義・目的	—
			2　介護予防短期入所療養介護サービス利用者の特性	—
			3　介護予防短期入所療養介護の内容・特徴	—
			4　介護予防支援サービスと介護予防短期入所療養介護	—
		8　介護予防特定施設入居者生活介護方法論	1　介護予防特定施設入居者生活介護の意義・目的	—
			2　介護予防特定施設入居者生活介護サービス利用者の特性	—
			3　介護予防特定施設入居者生活介護の内容・特徴	—
			4　介護予防支援サービスと介護予防特定施設入居者生活介護	—
		9　介護予防福祉用具及び介護予防住宅改修方法論	1　介護予防福祉用具の意義・目的	—
			2　介護予防福祉用具利用者の特性および介護予防福祉用具の機能、使用法	—
			3　介護予防福祉用具の内容・特徴	—
			4　介護予防支援サービスと介護予防福祉用具	—
			5　介護予防住宅改修の意義・目的	—
			6　介護予防住宅改修利用者の特性および介護予防住宅改修の機能、使用法	—
			7　介護予防住宅改修の内容・特徴	—

（別表）　　介護支援専門員実務研修受講試験の試験問題出題範囲

介護保険法別表の科目	区分	大項目	中項目	小項目
			8 介護予防支援サービスと介護予防住宅改修	—
	8 高齢者支援展開論（地域密着型介護予防サービス事業各論）	1 介護予防認知症対応型通所介護方法論	1 介護予防認知症対応型通所介護の意義・目的	—
			2 介護予防認知症対応型通所介護の利用者の特性	—
			3 介護予防認知症対応型通所介護の内容・特徴	—
		2 介護予防小規模多機能型居宅介護方法論	1 介護予防小規模多機能型居宅介護の意義・目的	—
			2 介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者の特性	—
			3 介護予防小規模多機能型居宅介護の内容・特徴	—
		3 介護予防認知症対応型共同生活介護方法論	1 介護予防認知症対応型共同生活介護の意義・目的	—
			2 介護予防認知症対応型共同生活介護利用者の特性	—
			3 介護予防認知症対応型共同生活介護の内容・特徴	—
	9 高齢者支援展開論（介護保険施設各論）	1 指定介護老人福祉施設サービス方法論	1 指定介護老人福祉施設の意義・目的	—
			2 指定介護老人福祉施設サービス利用者の特性	—
			3 指定介護老人福祉施設の内容・特徴	—
		2 介護老人保健施設サービス方法論	1 介護老人保健施設の意義・目的	—
			2 介護老人保健施設サービス利用者の特性	—
			3 介護老人保健施設の内容・特徴	—
		3 指定介護療養型医療施設サービス方法論	1 指定介護療養型医療施設の意義・目的	—
			2 指定介護療養型医療施設サービス利用者の特性	—
			3 指定介護療養型医療施設の内容・特徴	—
			4 老人性認知症疾患療養病棟の意義・目的	—
			5 老人性認知症疾患療養病棟利用者の特性	—
			6 老人性認知症疾患療養病棟の特徴・内容	—
		4 介護医療院サービス方法論	1 介護医療院の意義・目的	—
			2 介護医療院サービス利用者の特性	—
			3 介護医療院の内容・特徴	—
	10 高齢者支援展開論（社会資源活用論）	1 公的サービスおよびその他の社会資源導入方法論	1 自立支援のための総合的ケアネットワークの必要性	—
			2 社会資源間での機能や役割の相違	—
			3 フォーマルな分野とインフォーマルな分野の連携の必要性	—
四 要介護認定及び要支援認定に関する科目	11 要介護・要支援認定特論	1 要介護認定の流れ	1 要介護認定基準について	—
			2 認定調査	—
			3 主治医意見書	—
			4 一次判定の概略	—
			5 介護認定審査会における二次判定の概略	—
		2 一次判定の仕組み	1 要介護認定等基準時間の推計の考え方	—
			2 要介護認定等基準時間の算出方法	—
		3 二次判定の仕組み	1 二次判定の基本的方法	—
			2 介護認定審査会における審査・判定の手順	—
			3 二次判定のポイント	—

（注1）この表に掲げる項目は、介護保険法、関連法令に規定されたもの及びその関連通知で基礎的な知識及び技能を有することの確認のために必要な内容を含むものとする。

（注２）試験範囲に含まれる関連通知の具体例

○「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準について」（平成11年7月29日老企第22号各都道府県介護保険主管部（局）長宛厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

○「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について」（平成11年9月17日老企第25号各都道府県介護保険主管部（局）長宛厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

○「指定介護予防支援等の事業の印院及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準について」（平成18年3月31日老振発第0331003号・老老発第0331016号各都道府県・指定都市・中核市介護保険主管部（局）長宛厚生労働省老健局振興・老人保健課長連名通知）

○「指定地域密着型サービス及び指定地域密着型介護予防サービスに関する基準について」（平成18年3月31日老計発第0331004号・老振発第0331004号・老老発第0331017号各都道府県・指定都市・中核市介護保険主管部（局）長宛厚生労働省老健局計画・振興・老人保健課長連名通知）

○「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準について」（平成12年3月17日老企第43号各都道府県介護保険主管部（局）長宛厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

○「介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準について」（平成12年3月17日老企第44号各都道府県介護保険主管部（局）長宛厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

○「指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準について」（平成12年3月17日老企第45号各都道府県介護保険主管部（局）長宛厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

○「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の掲示について」（平成11年11月12日老企画第29号各都道府県介護保険主管部（局）長宛厚生省老人保健福祉局企画課長通知）

提出書類と申込方法

1　提出書類について

受験の申し込みに必要な書類は、下記のとおりです。
提出書類の記載内容に不備がある場合や、必要書類の不足などにより、再提出や追加の書類を求めることがありますので、その際は期日までに速やかに提出してください。

（１）提出書類一覧

No.	書　類　名	提出の要不要	留意事項掲載ページ
1	受験票送付用封筒（84 円切手を貼付した長形３号封筒）	◎ 必須	Ｐ２０
2	（様式１）受験申込書	◎ 必須	Ｐ２０
3	（様式２）受験票	◎ 必須	Ｐ２０
4	（様式３）実務経験（見込）証明書	◎※ 必須	Ｐ２０
5	法定資格の免許証・登録証（写し）	○ 該当者のみ	Ｐ２０
6	障がい者相談支援従事者初任者研修（および現任者研修）修了証（写し）	○ 該当者のみ	Ｐ２０
7	主任相談支援員養成研修修了証（写し）	○ 該当者のみ	Ｐ２０
8	個人番号（マイナンバー）の記載のない住民票の写し（原本）	○ 該当者のみ	Ｐ２１
9	戸籍抄本（原本）	○ 該当者のみ	Ｐ２１
10	（様式４）勤務記録証明書	○ 該当者のみ	Ｐ２１
11	「受験者＝実務経験証明書の証明者」である場合に必要な書類 ※個人開業等の場合	○ 該当者のみ	Ｐ２１
12	身体障がい者等受験特別措置に必要な書類（様式５）（様式６－１～４）	○ 該当者のみ	Ｐ２１
13	（様式７）記載事項変更届	○ 該当者のみ	Ｐ２１

※　平成 30 年度以降の岩手県介護支援専門員実務研修受講試験の受験票又は試験結果通知書をお持ちの方は、その原本を提出することで、No.４の「実務経験（見込）証明書」の提出を省略することができます。
なお、平成 29 年度以前の受験票（試験結果通知書）は無効です。
また、省略できるのは「実務経験（見込）証明書」のみですので、資格証明書は提出が必要となります。

△　注意　△
受験要件を満たしているものとして受験申込書等を受理された者が、試験を受けた後に、提出した書類の内容について事実と異なることが判明した場合は、試験に合格していても、その合格が取り消されます。
また、介護支援専門員資格登録簿に登録された後も、その名簿から削除されますので、受験申込みにあたっては、提出書類の内容について十分確認を行ってください。

（２）提出書類作成にあたっての留意事項

No.	書類名	留意事項
1	受験票送付用封筒（84 円切手を貼付した長形３号封筒）	・ 長形３号封筒を用意し、受験申込者の郵便番号、住所、氏名を記載のうえ、84 円切手を貼付してください。
2	（様式１）受験申込書	・ 記載要領、記載例を参照してください。（P38～P42）
3	（様式２）受験票	・ 記載要領、記載例を参照してください。（P43～P44）
4	（様式３）実務経験（見込）証明書 **※　平成 30 年度以降の岩手県介護支援専門員実務研修受講試験の受験票又は試験結果通知書の提出をもって実務経験（見込）証明書の提出を省略することができます。**	・ 受験者本人が作成するものではなく、勤務先の事業所等に作成を依頼する書類です。 ・ 作成依頼要領、実務経験証明書の作成について、記載例を参照してください。（P45～P49） ・ 証明者と被証明者が同一の場合は、本人が発行した実務経験（見込）証明書に併せて開業証明書、認可書、届出書、業務委託契約書等の、客観的にこれを証明できる書類を添付してください。 **【「見込」で書類を作成する場合】** ・ 業務期間または業務従事期間は、試験日の前日（令和５年１０月７日）まで算入できます。 ・ 実務経験（見込）証明書を提出した後、要件を満たした時点で確定した実務経験証明書を改めて提出してください。 ・ 期日までに提出がない場合、試験は無効となります。 **提出期限**　１０月２０日（金）消印有効 【平成 30 年度以降の受験票又は試験結果通知書を提出する場合】 ・ 提出できるのは、平成 30 年度以降の「**岩手県介護支援専門員実務研修受講試験**」の受験票（試験結果通知書）に限ります。 ・ 平成 29 年度以前の受験票（試験結果通知書）及び他都道府県の介護支援専門員実務研修受講試験の受験票等は無効です。
5	法定資格の免許証・登録証（写し） 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士（管理栄養士を含む）、精神保健福祉士	**受験要件の第１号に該当し、法定資格を必要とする場合に提出が必要です。** ・ 国家試験の合格通知書は不可。 **【免許証裏面に記載されている場合】** ・ 再発行の免許証等で資格取得日が裏面に記載されている場合、裏面の写しも添付してください。（両面コピーのこと） **【免許証等の発行（再発行）手続中の場合】** ・ 手続中であることが分かる書類を提出し、免許証等が届いた時点で写しを提出してください。（見込受験） **提出期限**　１０月２０日（金）消印有効 **【准看護師と看護師を通算する場合】** ・ 准看護師と看護師を通算することで、業務従事期間が５年以上となる場合は、両方の免許証の写しが必要です。
6	障がい者相談支援従事者初任者研修（および現任者研修）修了証（写し）	**受験要件別紙１の 1107 又は 1108 の業務を受験要件とする場合に提出が必要です。** 現任者研修を受講していない方は初任者研修修了証のコピーを、現任者研修を受講している方は、初任者研修の修了証と**直近の**現任者研修の修了証両方のコピーを提出してください。（P８参照）
7	主任相談支援員養成研修修了証（写し）	**受験要件別紙１の 1109 の業務を受験要件とする場合に提出が必要です。** 国で定める「生活困窮者自立支援制度人材養成研修」の「主任相談支援員養成研修」修了証のコピーを提出してください。（P８参照）

No.	書類名	留意事項
8	個人番号（マイナンバー）の記載のない 住民票の写し（原本）	**申込日現在で受験資格に該当する業務に従事しておらず、岩手県内在住の要件で受験する場合に提出が必要です。**（P７参照） ・ コピーされたものは不可です。 ・ 個人番号（マイナンバー）の記載された住民票は受理することができませんので、個人番号の記載のある住民票の交付を受けた場合は、個人番号を読むことのできないように塗りつぶした状態で提出してください。 個人番号は法律や条例で定められた行政手続きのみで利用することができ、他の事務等において他人の個人番号の提出を求めたり、個人番号を収集し、保管したりすることは、本人の同意があっても番号法で禁止されています。
9	戸籍抄本（原本）	**受験申込書と添付書類（免許証・実務経験証明書など）の氏名が異なる場合に提出が必要です。** 市区町村役場の窓口で氏名の変更履歴が確認できるかどうかを確認のうえ、提出してください。
10	（様式４）勤務記録証明書	**同一の実務経験期間に複数の施設・事業所等で勤務のあった場合に提出が必要です。**（P31 問 11 参照） ・ 施設または事業所に証明書の作成を依頼してください。 **【従事期間に見込日数が含まれる場合】** ・ 従事期間を満たした後、速やかに確定した勤務記録証明書と実務経験証明書を一緒に提出してください。（見込受験） **提出期限**　１０月２０日（金）消印有効 **【記載事項を訂正した場合】** ・ 証明者の公印（職印）で訂正印を押してください。 修正液や修正テープで訂正したものは証明書として無効です。
11	「受験者＝実務経験証明書の証明者」である場合に必要な書類 開業許可証、認可証、開設届、 指定通知書、業務委託契約書など（写し）	**個人開業の事業所等において、実務経験証明書の証明者と受験者が同一となる場合に提出が必要です。** ・ 証明者の氏名及び開設地、開設年月日等が確認できる書類を提出してください。 事業所が介護保険の指定を受けている場合は、都道府県知事等が発行した、指定通知書の写しを添付してください。
12	身体障がい者等受験特別措置に必要な書類 ①（様式５）身体障がい者等受験特別措置申請書 ②（様式６－１～４）診断・意見書 または身体障害者手帳（写し）	**障がい等により、受験に際し特別な措置を希望する場合に提出が必要です。** ・ 身体障がい等に対する受験特別措置の受験者へ配慮する事項（P51）を参照し、該当する障がい等と特別措置内容を確認のうえ、申請してください。 障がいの状況により医師が証明する「（様式６－１～４）診断・意見書」または身体障害者手帳の写しを提出してください。
13	（様式７）記載事項変更届	**受験申込み後に、受験申込書の記載事項（氏名・住所等）に変更があった場合に提出が必要です。** **【氏名を変更した場合】** 本人確認のため、必ず氏名変更が証明できる書類（戸籍抄本）を併せて提出してください。その際、市町村役場の窓口で氏名の変更履歴が変更前後きちんと確認できるかを確認のうえ、提出してください。

２　申込方法

（１）受験申込書の受付期間・送付先

受付期間	令和５年６月５日（月）～６月３０日（金）まで　※６月３０日（金）消印有効 ※受付時間は、平日午前９時から午後５時までです。（土日祝日は受け付けません。） ⚠ 期限を過ぎると受付できませんので、ご注意ください！
申込書類 送付先	〒020-0015　盛岡市本町通 3-19-1　岩手県福祉総合相談センター3F （公財）いきいき岩手支援財団　総務・公表課 ⚠必ず P54 の宛名ラベルを使用してください。
注意事項	○ P19 に示す提出書類を用意し、試験手数料を払い込みの上、**角形２号封筒（受験申込者本人が用意）**に入れてください。申込者間のトラブルを避けるため、必ず１人につき１封筒を使用してください。 ○ 提出書類は、Ａ４判に統一してください。（Ａ４判以外の免許等のコピーをする場合、拡大又は縮小コピーで対応願います。） ○ 不着等の事故を防止するため、**必ず「簡易書留」で郵送**してください。 ○ 簡易書留の控えは、受験票を受け取るまで必ず保管してください。 ○ 簡易書留以外の方法（普通郵便、メール便等）で郵送し、不着等の事故が生じた場合には、試験事務局では一切責任を負いません。また、申込書の着不着に関する問合せには回答しかねますのでご了承ください。 ○ 持参の場合は、平日９：００～１７：００までの受付とします。ただし、**持参時に申込書類の確認はできかねますので、あらかじめご了承願います**。

（２）試験手数料の払込み

試験手数料	１０，９００円　（試験事務手数料 9,500 円、試験問題作成事務手数料 1,400 円） ※金額を間違えないようご注意ください。
注意事項	○ **振込期限は、６月３０日（金）です**。 ○ **P23 の払込取扱票の記載例を必ず確認の上、郵便局備え付けの払込取扱票へもれなく記入**し、払い込んでください。 ○ 必ず郵便局の窓口で受験申込者本人の名前で申込者ごとに払い込んでください。**ＡＴＭでは払い込まないでください**。 ○ 誤入金の場合は振込手数料を差引いた金額を後日返還します。 ○ 試験手数料のほか、振込手数料が必要となります。振込手数料は、受験申込者が負担してください。 ○ 試験手数料の納付確認のため、「**振替払込請求書兼受領証**」のコピーをとり、「**振替払込請求書兼受領証の原本**」を受験申込書裏面の所定の位置へはがれないように糊などで確実に貼り付けてください。受験申込書に本票が貼付されていない場合は、受験申込書は受理できませんので、ご注意ください。 ○ 「振替払込請求書兼受領証」のコピーは本人控えとなります。試験事務局では領収書を発行しませんので、受験が終わるまで大切に保管してください。
試験手数料 の返還	○ 受験申込書受理後、本人の都合により受験を取りやめた場合、原則として**試験手数料の返還はいたしません**。 ただし、下記ア～ウの場合に限り、返金に係る費用（振込手数料等）を差引いた上で返還します（返還時期は 11 月中旬を予定しております）。 ア　払込後、「受験申込書」を提出しなかった場合 イ　手違い等により、重複して払い込んでしまった場合 ウ　受験資格審査不通過の場合

払込取扱票　記載例

口座番号を記入してください。
「02220-7-59687」
加入者名を記入してください。
「公益財団法人　いきいき岩手支援財団」

受験料の「10,900 円」を記入してください。

「ケアマネ試験受験料」と必ず記入してください。

郵便番号、住所、ふりがな、氏名、連絡先電話番号を必ず明記してください。
なお、連絡先電話番号は、平日９時から 17 時までに連絡が取れる電話番号を記載してください。

申込後及び
試験当日の留意事項

１　申込後の留意事項

（１）受験の可否

審　査	○ 受験の可否は審査によって決定します。 ○ 書類の不備等により受験資格が認められない場合がありますので、提出書類は不備不足のないよう確認のうえ（P19 参照）提出してください。

（２）受験票の発送

発送日	令和５年９月下旬
留意事項	○ ９月 29 日（金）の時点で受験票が到着しない場合は、いきいき岩手支援財団まで連絡してください。 ○ 試験当日は、受験票を必ず持参してください（写真が貼付されているか確認のこと）。紛失等の場合は受験できないこともありますので、大切に保管してください。

（３）実務経験証明書を「見込」で提出した場合

確定した書類の提出期限	令和５年１０月２０日（金）（消印有効）
留意事項	【「実務経験（見込）証明書」で提出した場合】 ○ 実務経験証明書の交付時において受験要件を満たさず、試験前日の令和５年１０月７日（土）までに受験要件を満たす方は、要件が満たされた時点で速やかに確定した実務経験証明書を同一の証明者に改めて交付してもらい、いきいき岩手支援財団に簡易書留で郵送してください。 【法定資格免許証等の交付手続き中に受験申込をした場合】 ○ 提出期限までに、免許証または登録証の写しを提出してください。 △　期日までに確定書類の提出がない場合は、受験要件を満たさなかったものとして、本試験は無効となります。無効となった場合、提出された申込書類及び試験手数料は返還しません。（P22 参照）

（４）氏名・住所・連絡先電話番号が変更になった場合

留意事項	○ 受験申込書提出後から実務研修開始までの間に、受験申込書に記載した氏名、住所、連絡先電話番号等に変更が生じた場合は、「記載事項変更届」（P65）に必要事項を記載の上、いきいき岩手支援財団まで郵送してください。 ○ 申込み期間中（再提出の期間も含む）に氏名を変更された場合は、本人確認のため必ず戸籍抄本を併せて提出してください。 ○ 市町村役場の窓口で氏名の変更履歴が記載されているかを確認し、提出してください。 △　郵送物の未着を防ぐためにも、転居の際には最寄りの郵便局に「転居届」を必ず提出してください。

（５）合格発表及び合否通知

合格発表日	令和５年１２月４日（月）
留意事項	○ 受験者全員（試験当日欠席者を除く）に対して郵送にて合否を通知します。 ○ 同日、いきいき岩手支援財団ホームページ（https://www.silverz.or.jp/）にて、合格者の受験番号を発表します。 ○ １２月１１日（月）になっても合否通知が到着しない場合は、いきいき岩手支援財団まで連絡してください。 ○ 電話による合否の問合せに対しては、いかなる場合もお答えすることはできません。

（６）介護支援専門員実務研修の受講（合格者のみ）

<table>
<tr><td>実務研修の受講について</td><td>本試験の合格者を対象に、令和５年度介護支援専門員実務研修が実施されます。
○介護支援専門員として業務に従事するには、試験に合格した後、いきいき岩手支援財団が実施する介護支援専門員実務研修の課程を修了することが必要です。</td></tr>
<tr><td>受講対象者</td><td>令和５年度岩手県介護支援専門員実務研修受講試験の合格者</td></tr>
<tr><td>受講費用
（予定）</td><td>４３，８００円　（別途テキスト代が必要となります。）</td></tr>
<tr><td>研修会場</td><td>盛岡市内</td></tr>
<tr><td>研修内容
（予定）</td><td>開催時期　　令和６年１月～３月（予定）
<table>
<tr><td rowspan="2">前期研修</td><td colspan="2">オンライン研修（講義）</td><td>２５．５時間</td></tr>
<tr><td>集合研修（演習）</td><td>５日間</td><td>２３．５時間</td></tr>
<tr><td>実　　習</td><td colspan="3">３日程度　１８時間以上</td></tr>
<tr><td rowspan="2">後期研修</td><td colspan="2">オンライン研修（講義）</td><td>１１時間</td></tr>
<tr><td>集合研修（演習）</td><td>５日間</td><td>２８時間</td></tr>
</table>○研修の内容は、オンライン研修（講義）・集合研修（演習）及び実習になります。
○日程・カリキュラム等の詳細については、実務研修の案内を、合格通知書と併せて合格者に通知します。</td></tr>
<tr><td>その他</td><td>実務研修は、特定一般教育訓練給付の対象講座です。
詳しくは、いきいき岩手支援財団ホームページをご覧ください。</td></tr>
</table>

２　試験当日の留意事項

持参物品	○ 受験票 ○ 筆記用具 ○ 時計（辞書機能付は不可。また、スマートフォン等を時計代わりに使用することも不可） ○ 試験中に使用を許可するものは、筆記用具、鉛筆削り、時計に限ります。 △マークシートは光学式マーク読み取り装置にて読み取ります。 塗りつぶし（マーク）が薄い箇所、消しが完全でない箇所、ゴミ等が付着している箇所は、正常な読み取りができません。マークシートへの記入にあたっては、上記のようなことがないように十分御注意願います。
試験会場 入室時間	○ 午前９時３０分までに各試験室へ入室し、着席してください。 （午前９時３０分から注意事項等の説明が始まります。注意事項等の聞き漏れにより何らかの不利益等が生じても試験事務局では一切責任を負いませんので、時間は厳守してください。）
試験室への 入室	○ 試験会場は事務局が決定しますので、受験票でご自身の受験会場等を必ず確認してください。 ○ 試験室及びトイレ以外には立ち入らないでください。 ○ 試験会場では、試験監督員等の指示に従ってください。 ○ 試験開始後３０分以内の遅刻に限り受験を認めますが、試験時間の延長は行いません。また、退室時間は、試験開始後３０分経過後とし、それ以前は認めません。
座席	○ 試験室内の座席は、机上に貼り付けられた受験番号を受験票で十分確認してください。 ○ 試験監督員から受験番号が見えるよう、貼り付けられた受験番号の下に受験票を置いてください。
試験会場に 関する 注意事項等	○ 試験前日は、試験会場の下見はできません。 ○ 試験会場では、電話の取次ぎは一切行いません。 ○ 携帯電話等（腕時計型を含む）の通信機器の使用は禁止です。試験室では使用せず、携帯電話等の電源を切り、かばんの中にしまってください。 また、携帯電話等を時計の代わりに使用することはできません。 ○ 試験会場は、建物・敷地内全面禁煙です。ご了承ください。 ○ 試験会場の開場は午前８時３０分からですが、会場周辺は混雑しますので時間には余裕をもって集合してください。 ○ **試験会場には、受験者以外の立ち入りはできません。** ○ 試験会場は試験室ごとに温度調整ができませんので、受験者各人において衣服等により調整ができるようにしてください。（膝掛け等の使用は認めません。）
不正行為 について	○ 試験中の不正行為が判明した場合及び受験申込にあたって虚偽又は不正の事実があった場合には、合格を取り消すものとします。
その他	○ 試験当日の欠席について、試験事務局に連絡する必要はありません。 欠席された場合でも、受験手数料の返還はいたしません。（P22 参照）

よくある質問

よくある質問

【試験地に関すること】

問１	青森県の特別養護老人ホームで介護福祉士として従事していますが、住所地は岩手県です。 岩手県で受験できますか。

［答］　岩手県では受験することができません。住所地が岩手県であっても受験資格に該当する業務に青森県で従事している場合、青森県で受験することになります。

問２	私は看護師として岩手県内にある派遣会社に登録し、宮城県の病院に派遣され、勤務しています。試験地はどちらになりますか。

［答］　宮城県となります。
申込時点の勤務先（勤務していない場合は自宅住所）が試験地となります。

問３	私の住所地は秋田県ですが、岩手県の介護老人保健施設で支援相談員として従事しています。秋田県の申込書類を用いて秋田県に申し込んだところ、受験地は岩手県であったため、書類を返送されました。秋田県の申込書類をそのまま岩手県に提出してもいいですか。

［答］　岩手県以外の申込書類では受け付けられません。岩手県の申込書類を用いてお申込みください。

【受験要件に関すること】

問４	看護師として４月１日に一般病院に採用され勤務していますが、看護師免許証に記載されている登録日が４月２８日の場合、実務経験は４月１日から算定できますか。

［答］　免許証登録前の期間は算定できません。この場合は、４月２８日が看護師籍への登録年月日です。したがって、実務経験の起算日は４月２８日からとなります。
ただし、４月１日以前に准看護師免許を取得している方は、４月１日から４月２７日までの期間は、准看護師の業務として算定可能です。この場合は、看護師免許証及び准看護師免許証の両方の写しを添付する必要があります。（P６参照）
なお、免許証の裏面に日付が記載されている場合もありますので、そういった場合には裏面の写しも提出してください。（P20 参照）

問５	栄養士として、献立作成や調理業務を行っています。実務経験になりますか。

［答］　栄養士としての業務のうち、栄養指導は、要援護者等に対する直接的な援助とみなすことができますが、献立作成や調理業務は直接的な対人援助業務ではないので実務経験としては算定できません。

問６	薬剤師として、製薬会社の研究業務や薬の在庫管理を行っています。実務経験になりますか。

［答］ 薬剤師としての業務のうち、調剤業務や薬に関する相談指導等は、要援護者に対する直接的な援助とみなすことができますが、研究業務や大学・専門学校等での教育の業務、薬の在庫管理は直接的な対人援助業務ではないので実務経験として認められません。

問７	看護師免許を持っていますが、介護老人保健施設で介護職員として勤務しています。受験資格はありますか。

［答］ 受験資格はありません。
平成 30 年度より、「『介護支援専門員実務研修受講試験の実施について』の一部改正について（平成 27 年 2 月 12 日付老発 0212 第 2 号各都道府県知事宛厚生労働省老健局長通知）」の経過措置期間が終了したため、国家資格保持者の実務経験として認められるのは、保持する資格に基づき当該資格に係る業務に従事した期間のみとなりました。
そのため、看護師免許をお持ちの方の実務経験期間として認められるのは、看護師業務を行った期間に限られます。（P６参照）

問８	今年の４月で特別養護老人ホームでの介護従事期間が５年になりました。２年前に介護福祉士の資格を習得・登録していますが、介護福祉士取得前の介護業務従事期間を実務経験に算定することはできますか。

［答］ 算定できません。
問７の解答のとおり、経過措置期間が終了したため、介護福祉士・社会福祉士・精神保健福祉士の三福祉士については、名簿への登録日以降から実務経験として算定となりますので、お手持ちの登録証の「登録年月日」以降から 5 年かつ 900 日の実務経験が必要となります。（P６参照）

【実務の期間・日数に関すること】

問９	試験日の３日前に、業務期間５年、従事日数９００日の実務経験が満たされる予定です。 受験することは可能ですか。

［答］ 受験することは可能です。
試験日の前日（令和５年１０月７日）までの期間を算入できます。
この場合、申し込みの時点で実務経験（見込）証明書を提出し、受験要件を満たした時点で、改めて確定した内容の実務経験証明書を提出してください。

問１０	業務従事日数は、８時間勤務でないと１日として計算されないのですか。

［答］ ８時間に満たない場合でも１日として計算されます。
例えば、１日２時間の非常勤（登録）訪問介護員など、勤務時間が短い場合も１日として計算されます。

問１１	同時期に２つの事業所にパート等で勤務した場合は、実務経験の計算はどうなりますか。

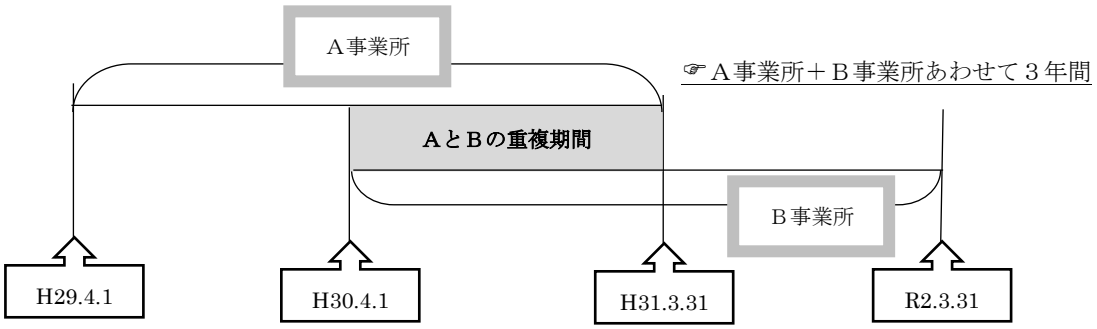
【例】Ａ事業所　H29.4.1～H31.3.31　　Ｂ事業所　　H30.4.1～R2.3.31　の場合

［答］

業務期間の考え方

それぞれの事業所で２年間の勤務ですが、H30.4.1～H31.3.31 の１年間は重複しているため、３年間の実務期間として算定されます。

重複期間は、Ａ及びＢ事業所それぞれに「（様式４）勤務記録証明書」（P59）の作成を依頼し、提出してください。



従事日数の考え方

日数の計算では、同じ日の午前と午後で別の事業所で勤務した場合でも、１日の実務日数として算定されます。

	日	月	火	水	木	金	土	合計出勤日数
Ａ事業所	―	午前	午前	全日	―	午前	午前	５日
Ｂ事業所	―	―	午後	―	午後	午後	―	３日
算定できる出勤日数	―	1	1	1	1	1	1	６日

半日でも勤務すれば算定は１日

２ヶ所に出勤しても算定は１日

【提出書類に関すること】

問１２	平成３０年度に宮城県で受験しています。その際の合否通知書を実務経験証明書に替えることはできませんか。

［答］　できません。岩手県の試験結果通知書（又は受験票）の提出もしくは実務経験証明書の提出が必要です。（P20 参照）

問１３	平成２９年度に第１号の受験要件で岩手県で受験しています。その際の受験票を実務経験証明書に替えることはできませんか。

［答］　できません。平成 30 年度～令和４年度の岩手県の試験結果通知書（又は受験票）の提出もしくは実務経験証明書の提出が必要です。（P20 参照）

問１４	介護福祉士の登録証を紛失し、現在再発行中のため、受験申し込みまでに間に合いません。 どうしたらよいですか。

［答］

再発行の手続きを行ったことが分かる証明書を添付してください。

例えば、再発行申請書の写しや、発行元が再発行申請書を受け取ったことを証する受理証の写し等です。

なお、試験は「見込」での申込みになります。登録証が届きましたら速やかに写しを提出してください。期限までに提出がない場合、受験は無効になります。

問１５	介護福祉士の試験に合格しましたが、登録はしていません。介護福祉士の資格を証明する書類は介護福祉士試験の合格証でいいですか。

［答］

介護福祉士の資格を証明するためには、登録証が必要です。介護福祉士試験の合格証では、資格を証明する書類として認められません。（P20 参照）

社会福祉士及び介護福祉士法（昭和 62 年 5 月 26 日法律 30）にもあるとおり、介護福祉士になるためには、介護福祉士試験合格後、介護福祉士登録簿に登録することが必要です。

問１６	看護師の資格を取得して４年になりますが、准看護師としての勤務経験を通算すると、５年以上（９００日以上）になります。この場合、看護師の免許証の写しだけを添付すればよいのでしょうか。

［答］

看護師免許と准看護師免許の写しが必要です。

准看護師と看護師の業務期間を合算しなければ受験要件を満たさないため、両方の免許証の写しの添付が必要となります。

問１７	介護福祉士と栄養士の資格を持っています。実務経験証明書は、特別養護老人ホームの介護職員の内容です。提出する資格証は介護福祉士の登録証のみでいいですか。

［答］

取得資格と実務経験証明書の内容が一致しなくても、受験要件の対象となる資格が複数ある場合、それぞれの免許証または登録証を提出してください。

問１８	実務経験証明書はこれまで勤務したすべての事業所分が必要ですか。

［答］

受験資格を満たす分の実務経験証明書があれば結構です。なるべく新しい勤務先のものから提出してください。

問１９	１つの事業所で３年勤務し、その後、同じ法人で県内にある別事業所に異動し、３年勤務しました。実務経験証明書は事業所ごとに必要ですか。

［答］　同一法人内の異動であれば、証明者は同じ法人となりますので、３か所以内であれば１枚にまとめて結構です。（４か所を超える場合は複数枚必要です。）なお、同一事業所内での異動により職種が変わった場合も、１枚にまとめてください。
別法人の事業所に転職した場合は、それぞれの法人で作成していただく必要があります。

問２０	実務経験証明書の職印は三文判でもいいですか。

［答］　三文判は認められません。事業所の公的な申請に使用する代表者印等を使用してください。

問２１	申込時には日数が受験要件を満たさなかったので、実務経験見込証明書を用いて受験しました。受験後、自己採点をしたところ不合格であったので、実務経験証明書は出さなくてもいいですか。

［答］　実務経験証明書（見込んだ内容を満たしていることがわかる書類）を提出しなかった場合、受験自体が無効となり、試験結果通知書が発行されません。そのため翌年度以降は申込時に実務経験証明書等必要書類をすべてご用意いただく必要があります。

問２２	実務経験証明書に不備があり再提出を求められました。現在、提出している実務経験証明書を返却してもらえますか。

［答］　返却はいたしませんので、ご了承ください。
なお、実務経験証明書は、新たに事業所に作成を依頼し提出してください。
※提出物の内容を確認させていただく場合があるため、実務経験証明書は必ずコピーを取り、控えとして保管してください。

問２３	申込書の記入を間違ってしまいました。どのように訂正したらいいですか。

［答］　二重線で消し、訂正してください。（訂正印は必要ありません。）

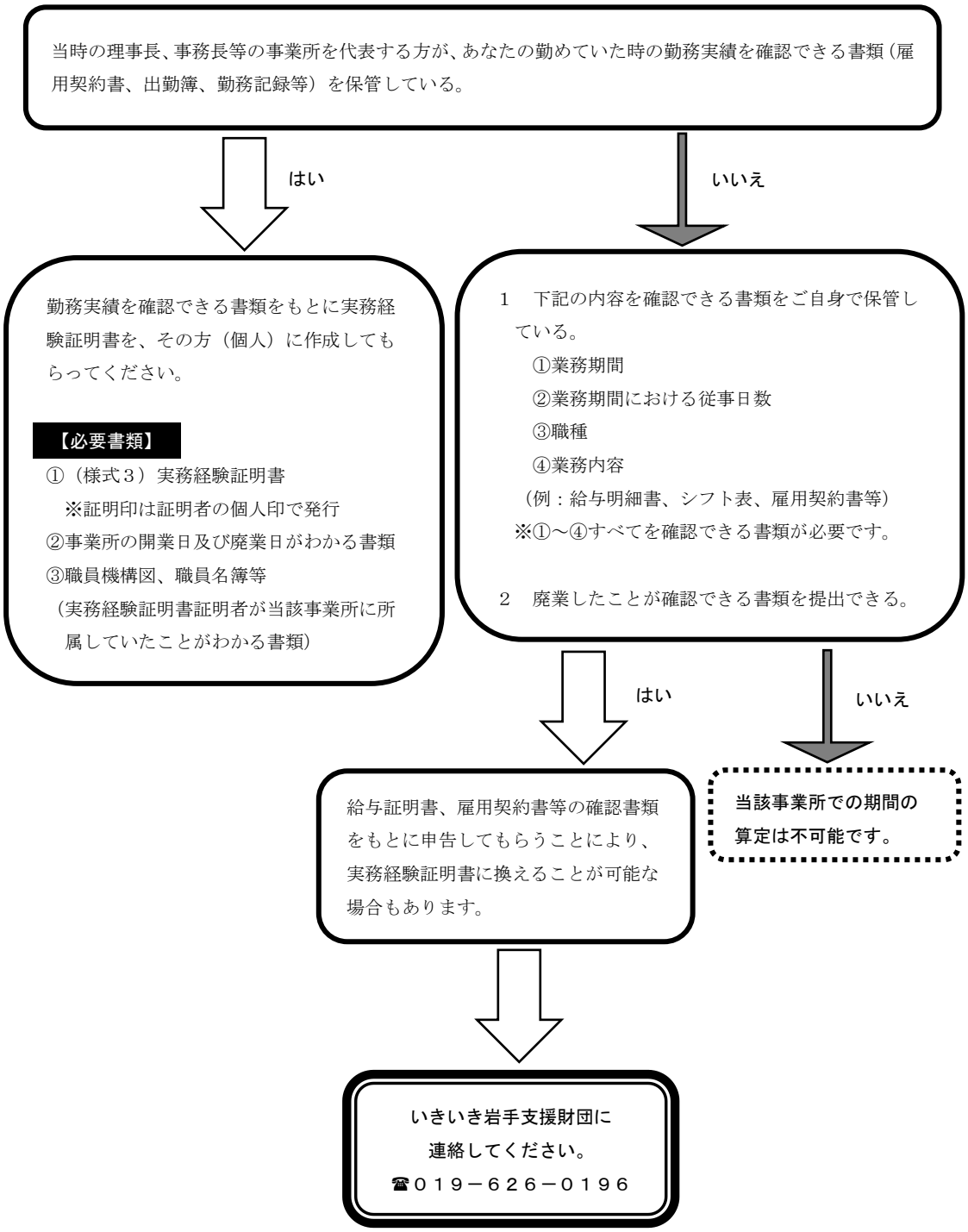
【その他】

問２４	**私が勤務していた事業所が廃業してしまい、実務経験証明書を作成してもらえません。 この場合、どのような手続きをとれば受験ができますか。**

［答］

事業所が廃業しているため、実務経験証明書を作成してもらうのが困難な場合は、以下を参考にしてください。

また、平成 30 年度以降に岩手県で受験した方は、その受験票又は合否通知書（どちらかの原本）を提出することで、実務経験証明書の提出を省略することができます。（P20 参照）



問２５	令和４年度以前に証明された「実務経験証明書」を提出した場合、実務経験期間として算定できますか。

［答］　令和５年度岩手県介護支援専門員実務研修受講試験「実務経験証明書」を提出していただけない場合、原則として実務経験を算定することはできません。

問２６	資格取得の後に姓が変わったので、申込書と証明書の名前が異なっています。 どうしたらよいのでしょうか。

［答］　受験申込書の氏名と国家資格取得証明書、実務経験証明書等の添付書類の氏名が異なる場合には、その変遷がわかる個人事項証明書（戸籍抄本）を添付してください。（P21 参照）

問２７	けがや病気により申し込み後、突発的に車いす、拡大鏡等を使用することが必要になった場合、試験日当日に使用することができるでしょうか。

［答］　けがや病気により突発的に車いす、拡大鏡等を使用することになった場合、試験前日までに事務局までご連絡ください。ご連絡がない場合、原則として使用が認められません。

記載要領・記載例

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）

<table>
<tr><td>整理番号
受験番号</td><td>○ 事務局で使用する欄ですので、記入しないでください。</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td>○ 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）　→　○髙橋（正式）</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>○ 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。</td></tr>
<tr><td>年齢（満）
性　別</td><td>○ 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。</td></tr>
<tr><td>現住所</td><td>○ 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、現在居住している住所を記入してください。
○ 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。
○ **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、受験できないことがあります。</td></tr>
<tr><td>勤務先</td><td>○ 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。
○ **現在勤務していない場合は「１２０」を記入してください。**
【所属コード表】
<table>
<tr><th>コード</th><th>所　属</th><th>コード</th><th>所　属</th></tr>
<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>
</table>
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）
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）
○ **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。）
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。
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。
○ **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ることがあります。**</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>写真</td><td>○ 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）
○ 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。
○ 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。
○ 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。
○ 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。
○ 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。</td></tr>
<tr><td>身体障がいの有無</td><td>○ 身体障がいの「有・無」、受験上の特別な措置「要・不要」は、該当する方を〇で囲んでください。
○ 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。
○ 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）
○ 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。</td></tr>
<tr><td>受験資格区分</td><td>○ 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。
【受験資格区分コード】
<table>
<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>
<tr><td>０１</td><td>医師</td><td>１２</td><td>視能訓練士</td></tr>
<tr><td>０２</td><td>歯科医師</td><td>１３</td><td>義肢装具士</td></tr>
<tr><td>０３</td><td>薬剤師</td><td>１４</td><td>歯科衛生士</td></tr>
<tr><td>０４</td><td>保健師</td><td>１５</td><td>言語聴覚士</td></tr>
<tr><td>０５</td><td>助産師</td><td>１６</td><td>あん摩マッサージ指圧師</td></tr>
<tr><td>０６</td><td>看護師</td><td>１７</td><td>はり師・きゅう師</td></tr>
<tr><td>０７</td><td>准看護師</td><td>１８</td><td>柔道整復師</td></tr>
<tr><td>０８</td><td>理学療法士</td><td>１９</td><td>栄養士（管理栄養士含む）</td></tr>
<tr><td>０９</td><td>作業療法士</td><td>２０</td><td>精神保健福祉士</td></tr>
<tr><td>１０</td><td>社会福祉士</td><td>２１</td><td>相談援助業務従事者</td></tr>
<tr><td>１１</td><td>介護福祉士</td><td></td><td></td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>国家資格等記入欄</td><td>○ 「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。
○ 複数の資格をお持ちの場合、全て記入してください。
○ 「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。
○ 「その他の資格」は、該当する番号に〇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。

【例１】平成 29 年６月２日介護福祉士登録
<table>
<tr><th>資格名</th><th>コード</th><th colspan="2">資格取得年月日</th></tr>
<tr><td>介護福祉士</td><td>１１</td><td>S・(H)・R</td><td>29 年　6 月　2 日</td></tr>
</table>
【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
<table>
<tr><th>資格名</th><th>コード</th><th colspan="2">資格取得年月日</th></tr>
<tr><td>准看護師</td><td>０７</td><td>S・(H)・R</td><td>27 年　5 月　5 日</td></tr>
<tr><td>看護師</td><td>０６</td><td>S・(H)・R</td><td>31 年　2 月　2 日</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>バス及び駐車場の利用について</td><td>○ 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、該当する方を〇で囲んでください。</td></tr>
<tr><td>過去の受験歴</td><td>○ 過去の当該年度に岩手県での受験経験のある方は〇印をつけてください。</td></tr>
</table>

実務経験期間	○ 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、申込書の様式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	○ 受験手数料の振込に際しては、試験案内 P22～P23 を必ず確認してください。 ○ ６月３０日（金）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、原本**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。

（様式１）

令和5年度介護支援専門員実務研修受講試験受験申込書 記載例

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				
			(女)	平成	5 8	0 3	0 4		満	40	歳

現住所	〒	0 2 0 - 0 0 3 5		
	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

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。

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。

	資格名	コード	資格取得年月日
記入欄 国家資格等	介護福祉士	11	S・(H)・R 29年 4月 15日
			S・H・R 年 月 日
			S・H・R 年 月 日
その他の資格	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30年度～令和4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・(H)・R 29年 4月 15日～S・H・(R) 5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
		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

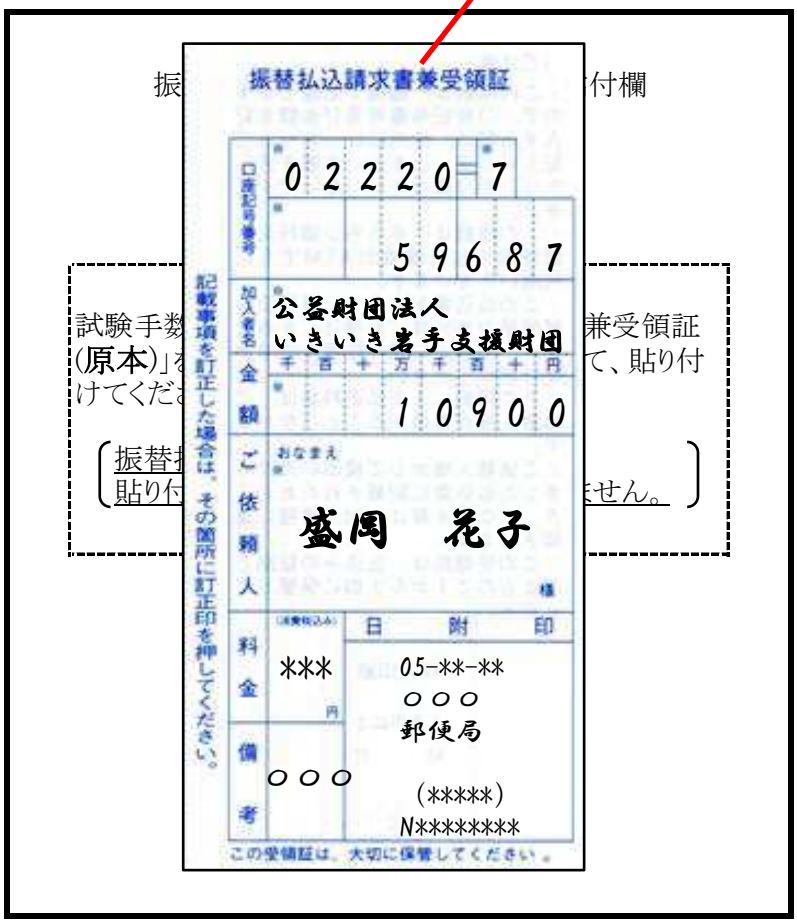
注5.
(1)実務経験期間は、実務経験証明書に記載されている内容と同じ内容を記入してください(受験資格を満たしている分のみを記入してください)。
(2)実務経験証明書の提出を省略した方は、記入の必要はありません。

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。

（様式１）

「振替払込請求書兼受領証」の
原本を忘れずに貼付してください。



２　（様式２）受験票　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、P44 の記載例を参照してください。

（表面）

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）　→　○髙橋（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。
性　別	○ 性別は、「男」「女」の該当する方に○をしてください。
写真	○ 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） ○ 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。 ○ 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。 ○ **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。 ○ 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。 ○ 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。

（様式2）

令和5年度岩手県介護支援専門員実務研修受講試験

受　験　票

記載例

5

※ 受 験 番 号
記入不要

※欄には何も記入しないでください

ふりがな	もりおか　はなえ	男・女
氏名	盛岡　花絵	
生年月日	昭和・平成 58年 3月 4日	

（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。

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た写真が同一であること。

（切り取ってはいけません）

1. 試験日

令和5年10月8日（日）午前10時開始
（午前9時30分集合）

2. 試験会場

岩手産業文化センター
ツガワ未来館アピオ　催事場
（滝沢市砂込389-20）

〈注意事項〉
○試験の最新情報については、当財団ホームページをご確認ください。

○受験者は、試験開始30分前までに着席し、係員の指示を受けてください。

○受験票は合否通知が届く迄、保管してください。

✂切り取って、上の部分を受験申込書と一緒に提出してください。

〈記入上の注意〉
○記入は、黒のボールペンで丁寧に記入してください。
○試験会場は、試験事務局で決定し、受験票で通知します。
○試験案内P43の記入要領をよく読んで記入漏れが無いように注意してください。

〈留意事項〉
【感染症の予防対策について】
1　試験当日の感染症対策
(1) 試験会場ではマスクの着用をお願いします。ただし本人確認のため、一時的にマスクを外していただく場合があります。
(2) 試験会場への入場時に、非接触型体温計による計測を行います。これにより、37.5度以上の発熱が認められた場合は、受験できません。
(3) 試験当日、試験会場内において咳を繰り返すなどの症状が見られる方には、他の受験者への感染のおそれがあるため、健康状態を確認した上で、受験を拒否又は停止することがあります。
(4) 試験開始までは、試験室のドアを開放します。また、試験中も試験室内では、窓やドアを定期的に開放するなど、外気を取り入れる換気を行います。
(5) 試験室内は、空調設備により個々に対応した温度調節をすることが難しいため、衣服で調整するよう各自でご準備ください。

2　体調不良の方について
次に該当する方は、受験を控えてくださるようお願いします。
(1) 感染症に罹患し、治癒していない方
(2) 息苦しさ（呼吸困難）、強いだるさ（倦怠感）、37.5度以上の発熱や咳等の風邪症状のいずれかがある方
(3) 感染症感染者（疑いのある場合も含む。）と接触があり、医師又は保健所等の指示により試験日時点で自宅待機となっている方

３　（様式３）実務経験（見込）証明書　作成依頼要領

実務経験証明書は、業務内容や就業期間などを勤務先の事業所に証明してもらう書類です。これにより、受験要件が満たされているかを確認・判断します。

（１）実務経験証明書の依頼

・**「（様式３）実務経験（見込）証明書」、「「（様式３）実務経験（見込）証明書」の作成について」（P46）、「記載例」（P47～P49）をコピーし、交付担当者へ渡してください。**

・複数の事業所で実務経験を合算することで受験要件を満たす場合は、事業所ごとに実務経験証明書を発行してもらう必要があります。

※依頼の前に、自分でも「実務経験証明書の作成について」に必ず目を通しておきましょう。

（２）内容確認

・**事業所から証明書が届いたら、下記チェックリストで記載内容を必ず確認してください。**記入もれや間違いがあった場合は、再提出の対象となります。

・証明書は必ずコピーをとり、控えとして保管しておいてください。

【実務経験証明書　チェックリスト】

	確認事項	☑
証明者の名称及び所在地 代表者職氏名	記載されているか	□
	「職印」は押されているか	□
証明年月日	記載されているか	□
氏名・生年月日・住所	記載に誤りはないか　（証明されている苗字と現在の苗字が異なっている場合は、別途戸籍抄本の提出が必要となります）	□
事業所等の連絡先	記載されているか	□
区分コード	４ケタの数字が記載されているか	□
事業所の種別・番号・名称・開始年月日	「事業所番号」は記載されているか（事業所番号がない場合は未記入で可）	□
	「事業（施設等）の開設年月日」は記載されているか	□
職種名・業務内容	記載されているか　（職種名：看護師、介護福祉士、生活相談員など）（業務内容：看護業務、介護業務、相談援助業務など）	□
業務期間	「業務期間」は記載されているか	□
	「業務期間」の開始日は、事業開始年月日以降の日付が記載されているか　（開設準備期間は業務期間に含まれない）	□
	法定資格に基づく業務の場合、業務期間は資格の登録日以降で算出し記載されているか	□
業務従事日数	記載されているか	□
その他	訂正印には「職印」が使われているか	□
	受験者本人が記載している箇所はないか	□

※確認し不備があった場合は、必ず証明した事業所に訂正を依頼してください。受験者本人が記入・訂正した証明書は無効となります。

交付ご担当者様へ

「（様式３）実務経験（見込）証明書」の作成について

本票と記載例を参照の上、証明書の作成をお願いいたします。

【留意事項】

① 書き間違いや記入漏れなど、記入内容に不備がある場合は**再提出**となります。
② **訂正印には必ず「職印」を使用してください。**（個人印で訂正したものは不可）
③ 同一法人内で複数の施設に勤務していた場合は、１枚の証明書にまとめて記入してください。（３事業所まで）
④ 同一事業所で職種名に変更がある場合は、それぞれ記入してください。（介護福祉士→社会福祉士　等）
⑤ 同時期に２ヶ所以上の事業所で勤務していた場合、併せて「（様式４）勤務記録証明書」（P59）も作成してください。

【項目別　記入方法】

項　目	記入時の注意
実務経験（見込）証明書	● すでに受験資格を満たしている受験者については、（見込）部分を二重線で消してください　（訂正印は不要です）
証明者の名称及び所在地 代表者職氏名	● 証明者の住所、団体名、代表者の職名および氏名を記入（店判可） ● 証明印：証明者の公印（職印）を使用 注意：個人経営等（医院、鍼灸院など）で公印がない場合は、役所等に公的書類を提出する際に使用している印鑑（個人印を含む）を使用してください
証明年月日	● 証明書の「交付年月日」を記入
氏名・生年月日・住所	● 被証明者の氏名、生年月日、住所を記入してください（本人自筆は不可）
事業所等の連絡先	※記載内容の問い合わせ先として記入してください
区分コード	● 試験案内のＰ８を参照の上、該当する番号を記入してください
事業所の種別・番号・名称・開始年月日	【種別】 ● 事業所、施設名でなく種別を記入（介護老人保健施設、特別養護老人ホーム） 【番号】 ● 事業所番号を記入（事業所番号がない場合は未記入で可） 【名称】 ● 法人名でなく施設名を記入（例：特別養護老人ホーム　○○○苑） 【開始年月日】 ● 事業開始年月日を記入
職種名・業務内容	【職種名】 ● 職種名を正確に記入 （例：医師、看護師、介護福祉士、生活相談員など） 【業務内容】 ● 業務内容を具体的に記入 （例：医業、看護業務、介護業務、相談援助業務など）
業務期間	● 受験者との雇用契約期間を記入 ※ただし受験申込者が､受験要件に該当する業務（要援護者に対する直接的な対人援助）を行っていた期間に限る ※開設準備期間は含まない ● 法定資格に基づく業務（受験要件第１号に該当）の場合は、資格の登録日以降で算入し記入（記載例③：P49 参照） ● １ヶ月に満たない端数の日数も記入してください
業務従事日数	● 休職期間（休日・病気・産休等で業務に従事しなかった日）を除いた日数を記入 ※非常勤従事者など１日の勤務時間が短時間（１～２時間など）でも１日とみなします ※夜勤の場合は１日勤務となります ※出勤簿、勤怠表などを確認し、正確な従事日数を記入してください

（様式3）

実務経験~~（見込）~~証明書

〈A4・片面印刷してください。〉

記載例①
確定した内容の実務経験証明書を提出する場合

（見込）を二重線で消してください。

（　　理事長　様

証明者の名称及び所在地	特別養護老人ホーム銀河苑 盛岡市永井１－２－３
代表者　職・氏名	施設長　岩手 太郎

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

証明年月日	令和　5　年　6　月　21　日	※本証明書を作成した日付を必ず記入してください。 試験案内配布開始日（5月19日）より前の証明年月日は無効となります。	
受験者氏名	盛岡 花絵	生年月日	(S)・H　58 年 3 月 4 日
受験者住所	盛岡市本町通5丁目20		

現在も就業中の場合、業務期間の最終日は、証明書作成日を記入してください。

事業所等の連絡先	（電話番号）019-638-1234		事務　福祉花子
1 ①区分コード	1104	試験案内P8の区分コードの中から該当するものを選択してください。 ・法定資格に基づく業務の場合は0001から0020となります。 ・相談援助業務の場合は1101から1109となります。	
1 ②事業所の種別	養護老人ホーム	③事業所番号	301234567
1 ④事業所名称	特別養護老人ホーム　銀河苑	⑤事業(施設等)の開始年月日	S・(H)・R　14 年 4 月 1 日
1 ⑥職種名	生活相談員	⑦業務内容	相談援助業務
1 ⑧業務期間	(H)・R　29 年 4 月 15 日から H・(R)　5 年 6 月 21 日まで 業務期間 6 年 2 ヶ月 7 日		（産休・育休・病休を取得した場合は、備考欄にその期間を記入のこと。）
1 ⑨業務従事日数	1,570 日		⑧の業務期間中、実際に当該業務に従事した日数（休日、休暇、病欠等を除いた日数）
1 ⑩			

業務期間の開始日は事業開始年月日以降で記入してください。

務経験期間がある場合は以下に記載してください。

2 ①区分コード		ードの中から該当するものを選択してください。 ・法定資格に基づく業務の場合は0001から0020となります。 ・相談援助業務の場合は1101から1109となります。	
2 ②事業所の種別		③事業所番号	
2 ④事業所名称		⑤事業(施設等)の開始年月日	S・H・R　年　月　日
2 ⑥職種名		⑦業務内容	
2 ⑧業務期間	H・R　年　月　日 から　H・R　年　月　日 まで 業務期間　年　ヶ月　日		（産休・育休・病休を取得した場合は、備考欄にその期間を記入のこと。）
2 ⑨業務従事日数	日		⑧の業務期間中、実際に当該業務に従事した日数（休日、休暇、病欠等を除いた日数）
2 ⑩備考			
3 ①区分コード		試験案内P8の区分コードの中から該当するものを選択してください。 ・法定資格に基づく業務の場合は0001から0020となります。 ・相談援助業務の場合は1101から1109となります。	
3 ②事業所の種別		③事業所番号	
3 ④事業所名称		⑤事業(施設等)の開始年月日	S・H・R　年　月　日
3 ⑥職種名		⑦業務内容	
3 ⑧業務期間	H・R　年　月　日 から　H・R　年　月　日 まで 業務期間　年　ヶ月　日		（産休・育休・病休を取得した場合は、備考欄にその期間を記入のこと。）
3 ⑨業務従事日数	日		⑧の業務期間中、実際に当該業務に従事した日数（休日、休暇、病欠等を除いた日数）
3 ⑩備考			

1　記載にあたっては「「（様式3）実務経験（見込）証明書」の作成について」（試験案内P46）を確認し、必要事項を漏れなく記入してください。
2　証明者が異なる場合は、別の用紙に記入してください。
3　証明者は、事業所又は施設を開設する法人としてください。
4　受験申込者が自署した証明書は無効とします（証明者と被証明者が同一の場合を除く）。
5　「業務期間」は、受験申込者が要援護者に対する対人の直接的な援助等を行っていた期間を記入してください。
6　2ヶ所以上の実務経験証明書が必要な場合は、この様式をコピーして使用してください。

（様式3）

記載例②
「見込」で実務経験証明書を提出する場合

実務経験（見込）証明書

〈A4・片面印刷してください。〉

（公益社団法人 ○○○○ 理事長　様

証明者の名称及び所在地	医療法人　南部会 滝沢市松園9-8-7
代表者　職・氏名	理事長　南部 一郎

医療法人南部会理事長之印

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

証明年月日	令和 5 年 6 月 21 日	※本証明書を作成した日付を必ず記入してください。 試験案内配布開始日（5月19日）より前の証明年月日は無効となります。	
受験者氏名	盛岡 花絵	生年月日	(S)・H　58 年 3 月 4 日
受験者住所	盛岡市本町通5丁目20		

事業所等の連絡先	（電話番号） 019-667-5500	（担当者名） 総務課　福祉花子

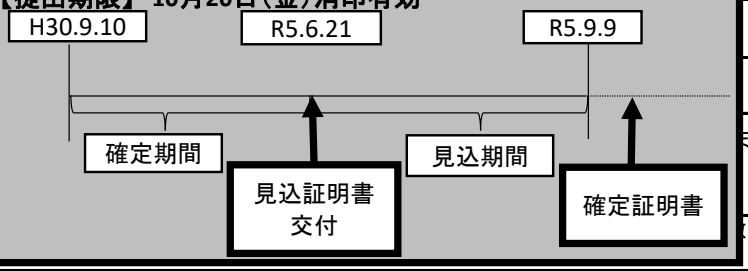
1	①区分コード	0009	試験案内P8の区分コードの中から該当するものを選択してください。 ・法定資格に基づく業務の場合は0001から0020となります。 ・相談援助業務の場合は1101から1109となります。	
	②事業所の種別	通所リハビリテーション	③事業所番号	301234567
	④事業所名称	馬っこクリニック	⑤事業(施設等)の開始年月日	S・(H)・R　14 年 4 月 1 日
	⑥職種名	作業療法士	⑦業務内容	作業療法
	⑧業務期間	(H)・R　30 年 9 月 10 日 から　H・(R)　5 年 9 月 9 日 まで 業務期間 5 年 0 ヶ月 0 日	（産休・育休・病休を取得した場合は、備考欄にその期間を記入のこと。）	
	⑨業務従事日数	1,167 日	⑧の業務期間中、実際に当該業務に従事した日数（休日、休暇、病欠等を除いた日数）	
	⑩備考			

※証明者が同じ場合で、複数

2	①区分コード		試験案内P8の[illegible] ・法定資格に基[illegible] ・相談援助業務[illegible]	
	②事業所の種別			
	④事業所名称			日
	⑥職種名			
	⑧業務期間	H・R　年 業務期間		で
	⑨業務従事日数			
	⑩備考			

業務期間は、試験前日の10月7日まで算定できます。
ただし見込期間を経過し、要件を満たした時点で、改めて確定した内容の「実務経験証明書」を提出してください。

【提出期限】 10月20日（金）消印有効



3	①区分コード		試験案内P8の区分コードの中から該当するものを選択してください。 ・法定資格に基づく業務の場合は0001から0020となります。 ・相談援助業務の場合は1101から1109となります。	
	②事業所の種別		③事業所番号	
	④事業所名称		⑤事業(施設等)の開始年月日	S・H・R　年　月　日
	⑥職種名		⑦業務内容	
	⑧業務期間	H・R　年　月　日 から　H・R　年　月　日 まで 業務期間　年　ヶ月　日	（産休・育休・病休を取得した場合は、備考欄にその期間を記入のこと。）	
	⑨業務従事日数	日	⑧の業務期間中、実際に当該業務に従事した日数（休日、休暇、病欠等を除いた日数）	
	⑩備考			

1　記載にあたっては「「（様式3）実務経験（見込）証明書」の作成について」（試験案内P46）を確認し、必要事項を漏れなく記入してください。
2　証明者が異なる場合は、別の用紙に記入してください。
3　証明者は、事業所又は施設を開設する法人としてください。
4　受験申込者が自署した証明書は無効とします（証明者と被証明者が同一の場合を除く）。
5　「業務期間」は、受験申込者が要援護者に対する対人の直接的な援助等を行っていた期間を記入してください。
6　2ヶ所以上の実務経験証明書が必要な場合は、この様式をコピーして使用してください。

（様式3）

記載例③
同じ施設内で、職種変更の履歴がある場合

実務経験~~（見込）~~証明書

〈A4・片面印刷してください。〉

（ 理事長　様

証明者の名称及び所在地　医療法人　南部会　滝沢市松園9-8-7

代表者　職・氏名　理事長　南部 一郎

医療法人南部会理事長之印

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

証明年月日	令和 5 年 6 月 21 日	※本証明書を作成した日付を必ず記入してください。試験案内配布開始日（5月19日）より前の証明年月日は無効となります。	
受験者氏名	盛岡 花絵	生年月日	(S)・H 58 年 3 月 4 日
受験者住所	盛岡市本町通5丁目20		

事業所等の連絡先	（電話番号） 019-667-5500		（担当者名） 総務課　福祉花子	
1	①区分コード	0007	試験案内P8の区分コードの中から該当するものを選択してください。 ・法定資格に基づく業務の場合は0001から0020となります。 ・相談援助業務の場合は1101から1109となります。	
	②事業所の種別	病院	③事業所番号	
	④事業所名称	山百合病院	⑤事業(施設等)の開始年月日	(S)・H・R 60 年 4 月 1 日
	⑥職種名	准看護師	⑦業務内容	看護業務
	⑧業務期間	(H)・R 29 年 10 月 1 日から H・(R) 3 年 4 月 8 日まで 業務期間 3 年 6 ヶ月 8 日		（産休・育休・病休を取得した場合は、備考欄にその期間を記入のこと。）
	⑨業務従事日数	851 日		⑧の業務期間中、実際に当該業務に従事した日数（休日、休暇、病欠等を除いた日数）
	⑩備考			

資格取得日からの業務期間となります。
看護師資格取得日：令和3年4月9日

※証明者が同じ場合で、複数の実務経験期間がある

2	①区分コード	0006	試験案内P8の区分コードの中から該当するも ・法定資格に基づく業務の場合は0001から0020となります。 ・相談援助業務の場合は1101から1109となります。	
	②事業所の種別	病院	③事業所番号	
	④事業所名称	山百合病院	⑤事業(施設等)の開始年月日	(S)・H・R 60 年 4 月 1 日
	⑥職種名	看護師	⑦業務内容	看護業務
	⑧業務期間	(H)・R 3 年 4 月 9 日から H・(R) 5 年 6 月 21 日まで 業務期間 2 年 2 ヶ月 13 日		（産休・育休・病休を取得した場合は、備考欄にその期間を記入のこと。）
	⑨業務従事日数	504 日		⑧の業務期間中、実際に当該業務に従事した日数（休日、休暇、病欠等を除いた日数）
	⑩備考			
3	①区分コード		の中から該当するものを選択してください。 場合は0001から0020となります。 1101から1109となります。	
	②事業所の種別		③事業所番号	
	④事業所名称		⑤事業(施設等)の開始年月日	S・H・R　年　月　日
	⑥職種名		⑦業務内容	
	⑧業務期間	H・R　年　月　日から H・R　年　月　日まで 業務期間　年　ヶ月　日		（産休・育休・病休を取得した場合は、備考欄にその期間を記入のこと。）
	⑨業務従事日数	日		⑧の業務期間中、実際に当該業務に従事した日数（休日、休暇、病欠等を除いた日数）
	⑩備考			

「②業務内容」「③業務期間」「④業務従事日数」を、職種ごとに記入してください。

1 記載にあたっては「「（様式3）実務経験（見込）証明書」の作成について」（試験案内P46）を確認し、必要事項を漏れなく記入してください。
2 証明者が異なる場合は、別の用紙に記入してください。
3 証明者は、事業所又は施設を開設する法人としてください。
4 受験申込者が自署した証明書は無効とします（証明者と被証明者が同一の場合を除く）。
5 「業務期間」は、受験申込者が要援護者に対する対人の直接的な援助等を行っていた期間を記入してください。
6 2ヶ所以上の実務経験証明書が必要な場合は、この様式をコピーして使用してください。

４　身体障がい者等受験特別措置申請書　記載要領

・　「（様式５）身体障がい者等受験特別措置申請書」は、本人または記入代理者が記入してください。
　代理者が記入する場合は、受験者と相談の上、作成を進めてください。
・　「各欄の記入方法」を参照し、黒のボールペンを使用して正確に記入してください。
・　誤って記入した場合は、間違った部分を二重線で消し、訂正してください。（訂正印は不要）
・　医師が証明する「（様式６－１～４）診断・意見書」または身体障害者手帳の写しを添付して申込んでください。

【各欄の記入方法】

区　　分	記　入　方　法　等
整理番号	この欄には何も記入しないでください。
氏名・生年月日・性別	それぞれ記入してください。
身体障がいの程度	・　該当する事項を１つ選択し、その下にある「該当する」の文字を〇で囲んでください。（必ず１つだけ選択すること） ・　身体障害者手帳の交付を受けている者は、交付番号及び交付年月日等についても記入してください。 ・　下の空欄には、症状及び日常生活での状況等を詳しく記入してください。 （例）「下肢障がいのため車椅子を使用している」 「洋式トイレを介助なしで使用できる」
受験に際して 希望する措置	・　希望により試験の方法や試験時間等において特別措置を受けることができます。 ・　該当する事項をすべて選択し、その下にある「希望する」の文字を〇で囲んでください。 ・　該当する事項の欄がこの中にない場合は、「その他」の欄に希望する措置内容を詳しく記入してください。 ・　特に希望する事項がない場合には、「希望しない」を〇で囲んでください。
受験者の現住所・ 連絡先電話番号	緊急連絡の際に必要となりますので、必ず記入してください。
記入者名	本人または記入代理者が、署名・押印してください。
※　事務局記入欄	この欄には何も記入しないでください。

【身体障がい者等に対する受験特別措置の受験者へ配慮する事項】

<table>
<tr><th colspan="3" rowspan="3">特別措置の対象となる者</th><th colspan="6">審査の上特別に措置が認められる事項</th><th rowspan="3">コード</th></tr>
<tr><th colspan="5">必ず措置する事項</th><th rowspan="2">受験者からの希望により特別に措置が認められる事項（例）</th></tr>
<tr><th>解答方法</th><th>試験時間</th><th>試験室</th><th>試験室で用意されるもの</th><th>級別</th></tr>
<tr><td rowspan="5">視覚障がい者</td><td colspan="2">日常生活で点字を使用している者</td><td>点字による解答</td><td>1.5 倍</td><td>別室</td><td>点字問題冊子
点字用解答用紙</td><td>１～６級</td><td>・録音テープ等試験問題（CD の併用。この場合、受験者は音楽用 CD 再生機または視覚障がい者用 CD 読書機を持ち込むものとする）
・試験会場への乗用車での入構
・点字器等の持参使用
・試験室までの付き添者の同伴</td><td>０１</td></tr>
<tr><td colspan="2">上記以外の強度の弱視者で良い方の眼の矯正視力が 0.15 未満の者</td><td>文字による解答</td><td>1.3 倍</td><td>別室</td><td>文字解答用紙</td><td>１～４級</td><td rowspan="3">・拡大文字問題冊子の配布
・拡大鏡等の持参使用</td><td>０２</td></tr>
<tr><td rowspan="2">上記以外の視覚障がい者</td><td>比較的重度の者</td><td>文字による解答</td><td>一般受験者と同じ</td><td>別室</td><td>文字解答用紙</td><td>５級
６級</td><td>０３</td></tr>
<tr><td>上記以外の者</td><td colspan="5">な　　し（一般受験者と同じ）</td><td>０４</td></tr>
<tr><td rowspan="2">聴覚障がい者</td><td colspan="2">両耳の平均聴力レベルが 100 デシベル以上の者</td><td colspan="5">な　　し（一般受験者と同じ）</td><td>２級</td><td>・手話通訳者の付与
・注意事項等の文書による伝達
・座席を前列に指定
・補聴器の持参使用</td><td>０５</td></tr>
<tr><td colspan="2">上記以外の聴力障がい</td><td colspan="5">な　　し（一般受験者と同じ）</td><td>３級
４級
６級</td><td>・注意事項等の文書による伝達
・座席を前列に指定
・補聴器の持参使用</td><td>０６</td></tr>
<tr><td rowspan="6">肢体不自由者</td><td colspan="2">体幹の機能障がいにより座位を保つことができない者または困難な者</td><td rowspan="2">チェックによる解答</td><td rowspan="2">1.3 倍</td><td rowspan="2">別室</td><td rowspan="2">チェック解答用紙</td><td rowspan="2">１級</td><td rowspan="6">・介助者の付与
・試験室を１階に設定
・洋式トイレに隣接する試験室に指定
・特製机の持参使用又は試験側での準備
・車いすの持参
・つえの持参使用
・試験室までの付き添者の同伴
・乗用車による試験会場への入構</td><td>０７</td></tr>
<tr><td colspan="2">両上肢の機能障がいが著しい者</td><td>０８</td></tr>
<tr><td colspan="2">下肢の機能障がいにより歩行ができない者または困難な者</td><td colspan="5">な　　し（一般受験者と同じ）</td><td>１級</td><td>０９</td></tr>
<tr><td rowspan="2">上記以外の肢体不自由</td><td>比較的重度の者</td><td>チェックによる解答</td><td>1.3 倍</td><td>別室</td><td>チェック解答用紙</td><td>１級
２級</td><td>１０</td></tr>
<tr><td>上記以外の者</td><td colspan="5">な　　し（一般受験者と同じ）</td><td>１１</td></tr>
<tr><td>病弱者等</td><td colspan="2">慢性の胸部、心臓、腎臓疾患等の状態で６ヶ月以上の医療・生活規則を必要とする者またはこれに準ずる者</td><td colspan="5">な　　し（一般受験者と同じ）</td><td>１２</td></tr>
<tr><td>その他</td><td colspan="2">障がい等を併せもつ者</td><td colspan="6">障がいまたは病弱等の種類・程度に応じ、上記それぞれの該当の欄に記載の事項</td><td>該当するコードを全て記入</td></tr>
</table>

様式

受験申込書等の様式は、ダウンロードして使用してください。

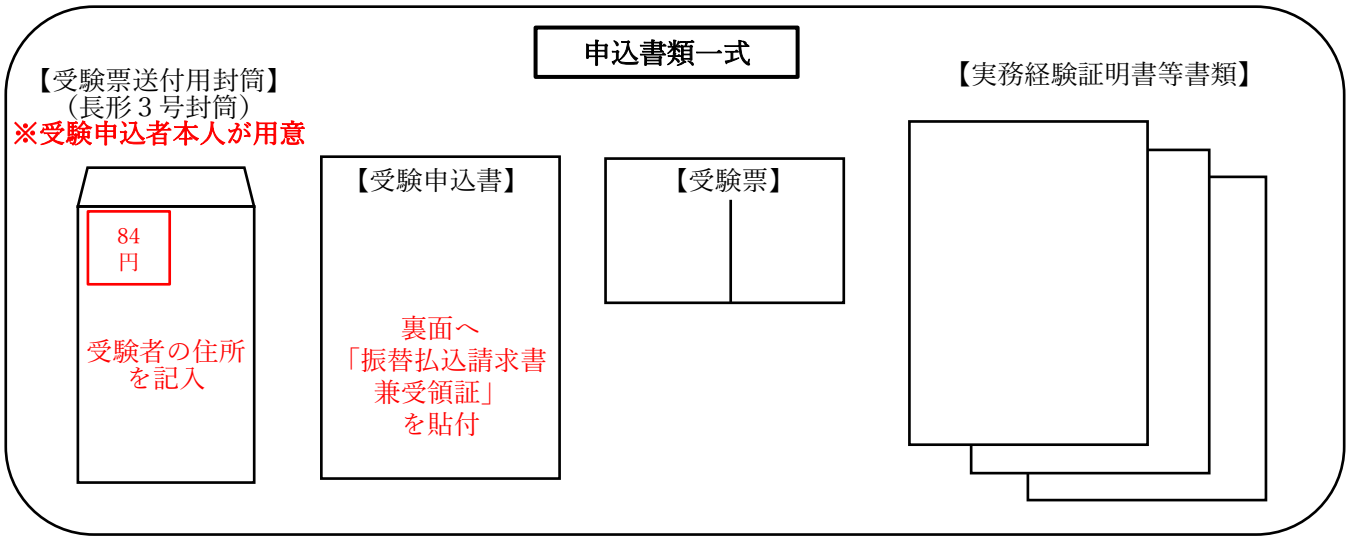
受験申込書提出チェック表

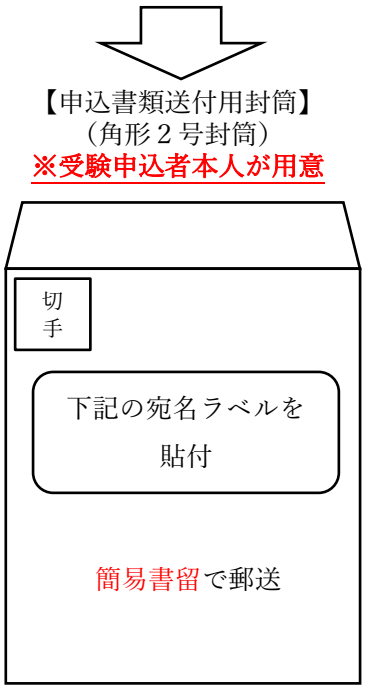
申込書類の不備、記入漏れはありませんか。提出前にこのチェック表で確認してください。
受験申込書の記載事項又は添付書類に不備が認められた場合は、受験申込書は受理できません。
申込書類については試験案内 P19～P21 を再度確認のうえ、不備のないように提出してください。

	提出書類		チェック項目	受験者チェック欄
全員提出が必要な書類（試験案内Ｐ19参照）	受験票送付用封筒（84 円切手を貼付した長形３号封筒）		表面に郵便番号・住所・氏名を記入しましたか。	
			84 円切手を貼付していますか。	
	（様式１）受験申込書		もれなく記入しましたか。（試験案内 P38～P40「受験申込書記載要領」参照。）	
			６か月以内に撮影した、正面向きで本人と確認できる**写真**を貼付していますか。	
			裏面に**振替払込請求書兼受領証（原本）**を貼付していますか。	
	（様式２）受験票		もれなく記入しましたか。	
			受験申込書と同じ写真を貼っていますか。	
	（様式３）実務経験（見込）証明書		受験に必要な年数分（5 年かつ 900 日）揃っていますか。	
			試験案内 P45 のチェックリストで確認し、不備はありませんか。	
		証明者と被証明者が同一の場合	開業許可証、認可証、届出書等の写しを添付しましたか。	
		平成 30 年度以降岩手県で受験し、実務経験証明書の提出免除の方	平成 30 年度以降の受験票又は合否通知書の原本を添付しましたか。（コピー、写真をはがした受験票は無効となります。）	

	該当者	提出書類	チェック項目	受験者チェック欄
該当者のみ提出する書類（試験案内Ｐ19参照）	受験要件第１号に該当する者	法定資格を証明できる免許証又は登録証の写し	・表面をＡ４サイズで添付しましたか。（裏書がある場合は表裏両面コピー） ・准看護師、看護師の実務期間を合わせて５年になる場合は、どちらの資格も添付が必要です。 ・社会福祉士、介護福祉士等の合格証では無効です。	
	受験要件第２号に該当する者のうち、区分が 1107 又は 1108 に該当する者	障がい者相談支援従事者初任者研修（及び現任者研修）修了証の写し	・修了証の写しを添付してください。	
	受験要件第２号に該当する者のうち、区分が 1109 に該当する者	主任相談支援員養成研修修了証の写し	・修了証の写しを添付してください。	
	戸籍抄本（原本）		婚姻等により受験申込書と添付書類（免許証、実務経験証明書等）の氏名が異なっている場合は提出が必要です。	
	住民票の写し（原本）		受験申込書提出時点で受験資格に該当する業務に従事していない者で、住所地が岩手県内として受験する者は添付が必要です。	

申込書類の送付方法





宛名ラベル

切り取って封筒に貼付してください。

020-0015
盛岡市本町通３丁目 19-1
岩手県福祉総合相談センター３階

簡易書留

公益財団法人　いきいき岩手支援財団
試験担当　行

「受験申込書類在中」

差出人	住所：
	氏名：

（様式１）

〈A4・両面印刷してください。〉

令和5年度介護支援専門員実務研修受講試験受験申込書

整理番号	※

受験番号	※

注1.※は記入しないでください。

氏名			性別	生年月日				年齢		
	ふりがな									
	漢字		男	昭和	年	月	日			
			女	平成				満		歳

現住所		
	〒	－
	住所	
	携帯電話	自宅電話

（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。

勤務先				
	所属コード		法人名等	
	施設・事業所名			
	〒	－		
	住所			
	電話番号		FAX番号	

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	
	受験資格名	

注4. コードは試験案内P39を参照。

記入欄	資格名	コード	資格取得年月日
国家資格等			S・H・R 年 月 日
			S・H・R 年 月 日
			S・H・R 年 月 日
その他の資格	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30年度～令和4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】
		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
		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	年	ヶ月	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。

（様式１）　　〈A4・両面印刷してください。〉

振替払込請求書兼受領証(原本)貼付欄

試験手数料10,900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。）

（様式２）　　〈A4・片面印刷してください。〉

令和5年度岩手県介護支援専門員実務研修受講試験

受　験　票

5

※ 受 験 番 号

※欄には何も記入しないでください

ふりがな		男・女
氏名		
生年月日	昭和・平成　年　月　日	

（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。

（切り取ってはいけません）

1．試験日

令和5年10月8日（日）午前10時開始
（午前9時30分集合）

2．試験会場

岩手産業文化センター
ツガワ未来館アピオ　催事場
（滝沢市砂込389-20）

〈注意事項〉
○試験の最新情報については、当財団ホームページをご確認ください。

○受験者は、試験開始30分前までに着席し、係員の指示を受けてください。

○受験票は合否通知が届く迄、保管してください。

✂切り取って、上の部分を受験申込書と一緒に提出してください。

〈記入上の注意〉
○記入は、黒のボールペンで丁寧に記入してください。
○試験会場は、試験事務局で決定し、受験票で通知します。
○試験案内P43の記入要領をよく読んで記入漏れが無いように注意してください。

〈留意事項〉
【感染症の予防対策について】
1　試験当日の感染症対策
(1) 試験会場ではマスクの着用をお願いします。ただし本人確認のため、一時的にマスクを外していただく場合があります。
(2) 試験会場への入場時に、非接触型体温計による計測を行います。これにより、37.5度以上の発熱が認められた場合は、受験できません。
(3) 試験当日、試験会場内において咳を繰り返すなどの症状が見られる方には、他の受験者への感染のおそれがあるため、健康状態を確認した上で、受験を拒否又は停止することがあります。
(4) 試験開始までは、試験室のドアを開放します。また、試験中も試験室内では、窓やドアを定期的に開放するなど、外気を取り入れる換気を行います。
(5) 試験室内は、空調設備により個々に対応した温度調節をすることが難しいため、衣服で調整するよう各自でご準備ください。

2　体調不良の方について
次に該当する方は、受験を控えてくださるようお願いします。
(1) 感染症に罹患し、治癒していない方
(2) 息苦しさ（呼吸困難）、強いだるさ（倦怠感）、37.5度以上の発熱や咳等の風邪症状のいずれかがある方
(3) 感染症感染者（疑いのある場合も含む。）と接触があり、医師又は保健所等の指示により試験日時点で自宅待機となっている方

（様式3）

実務経験（見込）証明書

〈A4・片面印刷してください。〉

（公財）いきいき岩手支援財団理事長　様

証明者の名称
及び所在地

代表者　職・氏名　　印

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

証明年月日	令和　5　年　　月　　日	※本証明書を作成した日付を必ず記入してください。 試験案内配布開始日（5月19日）より前の証明年月日は無効となります。	
受験者氏名		生年月日	S　・　H　　年　　月　　日
受験者住所			

事業所等の連絡先	（電話番号）	（担当者名）

1	①区分コード		試験案内P8の区分コードの中から該当するものを選択してください。 ・法定資格に基づく業務の場合は0001から0020となります。 ・相談援助業務の場合は1101から1109となります。	
	②事業所の種別		③事業所番号	
	④事業所名称		⑤事業(施設等)の開始年月日	S・H・R　　年　　月　　日
	⑥職種名		⑦業務内容	
	⑧業務期間	H・R　　年　　月　　日 から　H・R　　年　　月　　日 まで 業務期間　　年　　ヶ月　　日	（産休・育休・病休を取得した場合は、備考欄にその期間を記入のこと。）	
	⑨業務従事日数	日	⑧の業務期間中、実際に当該業務に従事した日数（休日、休暇、病欠等を除いた日数）	
	⑩備考			

※証明者が同じ場合で、複数の実務経験期間がある場合は以下に記載してください。

2	①区分コード		試験案内P8の区分コードの中から該当するものを選択してください。 ・法定資格に基づく業務の場合は0001から0020となります。 ・相談援助業務の場合は1101から1109となります。	
	②事業所の種別		③事業所番号	
	④事業所名称		⑤事業(施設等)の開始年月日	S・H・R　　年　　月　　日
	⑥職種名		⑦業務内容	
	⑧業務期間	H・R　　年　　月　　日 から　H・R　　年　　月　　日 まで 業務期間　　年　　ヶ月　　日	（産休・育休・病休を取得した場合は、備考欄にその期間を記入のこと。）	
	⑨業務従事日数	日	⑧の業務期間中、実際に当該業務に従事した日数（休日、休暇、病欠等を除いた日数）	
	⑩備考			
3	①区分コード		試験案内P8の区分コードの中から該当するものを選択してください。 ・法定資格に基づく業務の場合は0001から0020となります。 ・相談援助業務の場合は1101から1109となります。	
	②事業所の種別		③事業所番号	
	④事業所名称		⑤事業(施設等)の開始年月日	S・H・R　　年　　月　　日
	⑥職種名		⑦業務内容	
	⑧業務期間	H・R　　年　　月　　日 から　H・R　　年　　月　　日 まで 業務期間　　年　　ヶ月　　日	（産休・育休・病休を取得した場合は、備考欄にその期間を記入のこと。）	
	⑨業務従事日数	日	⑧の業務期間中、実際に当該業務に従事した日数（休日、休暇、病欠等を除いた日数）	
	⑩備考			

1　記載にあたっては「「（様式3）実務経験（見込）証明書」の作成について」（試験案内P46）を確認し、必要事項を漏れなく記入してください。
2　証明者が異なる場合は、別の用紙に記入してください。
3　証明者は、事業所又は施設を開設する法人としてください。
4　受験申込者が自署した証明書は無効とします（証明者と被証明者が同一の場合を除く）。
5　「業務期間」は、受験申込者が要援護者に対する対人の直接的な援助等を行っていた期間を記入してください。
6　2ヶ所以上の実務経験証明書が必要な場合は、この様式をコピーして使用してください。

（様式４）　〈A4・片面印刷してください。〉

同一時期に複数の事業所等で勤務した方の勤務日を確認するものです。重複期間分の勤務日を記入してください。

令和５年度　勤務記録証明書

公益財団法人いきいき岩手支援財団　理事長　　様

―――　証　明　者　―――

施設又は事業所の
所在地及び名称

代　表　者　氏　名

電　話　番　号

（担当者氏名）

印

下記の者が受験資格に係る業務で勤務した日は以下のとおりであることを証明します。

令和　　年　　月　　日

該当業務に従事した日に〇印をつけてください。

氏　名																																計
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年　月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
																										合　計						日

※　勤務日を証明するにはこの様式でなく、タイムカード等業務内容と勤務日が確認できるものの写しでもかまいません。

（様式5）　　〈A4・片面印刷してください。〉

介護支援専門員実務研修受講試験
身体障がい者等受験特別措置申請書

整理番号	氏名	生年月日	性別
※		□昭和 年　月　日生 □平成	男・女

身体障がいの程度											
該当する事項の欄の「該当する」の文字を一つだけ囲むこと。											
視覚障がい			聴覚障がい		肢体不自由				病弱者等	障がい等を併せもつ者
障がいの程度にかかわらず日常生活で点字を使用している者	強度の弱視者で、良い方の眼の矯正視力が0.15未満の者	左記以外の視覚障がい者	両耳の平均聴力レベルが100デシベル以上の者	左記以外の聴覚障がい者	体幹の機能障がいにより座位を保つことができない者又は困難な者	上肢の機能障がいにより筆記をすることができない者又は困難な者	下肢の機能障がいにより歩行することができない者又は困難な者	左記以外の肢体不自由者（左記障がいの重複も含む）	慢性の胸部、心臓、腎臓疾患等の状態で6月以上の医療・生活規制を必要とする者又はこれに準ずる者	
該当する	該当する	該当する	該当する	該当する	該当する	該当する	該当する	該当する	該当する	該当する
この欄に、症状及び日常生活での状況等を詳しく記入すること。 （・身体障害者手帳交付番号；　・交付年月日；　・障害名；　・等級；　級）										

受験に際して希望する措置											
該当する事項の欄の「希望する」の文字をすべて囲むこと。											
視覚障がい											聴覚障がい
点字による解答（別室）	文字による解答（別室）	試験時間の延長（1．3倍）	拡大文字問題の配布	録音テープ等試験問題の併用			拡大鏡等の持参使用	窓際の明るい座席を指定	照明器具の準備		手話通訳者の付与
				[redacted]	CD（ｺﾝﾊﾟｸﾄﾃﾞｨｽｸ）						
					視覚障害者用CD読書機の持参使用	再生機の持参使用					
希望する	希望する	希望する	希望する		希望する	希望する	希望する	希望する	希望する		希望する
聴覚障がい			肢体不自由・病弱者等								
注意事項の文書による伝達	座席を前列に指定	補聴器の持参使用	チェックによる解答（別室）	試験時間の延長（1．3倍）	試験室における介助者の付与	別室の設定	試験室を1階に設定	洋式トイレに近接する試験室に指定	特製机の持参使用		特製机の試験会場側での準備
希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する		希望する
肢体不自由・病弱者等				その他（その他の場合には、この際に希望する措置事項を記入すること。）							受験に際して希望する特別な措置
車いすの持参使用	つえの持参使用	試験室入口までの付添者の同伴	試験会場への乗用車での入構								
希望する	希望する	希望する	希望する								希望しない

受験者の現住所・連絡先電話番号	〒　－ 連絡先電話番号（　　）　－	記入者名	印

※ 事務局記入欄

（様式６－１）　　〈Ａ４・片面印刷してください。〉

診断・意見書（視覚障がい関係）

<table>
<tr><td colspan="2">氏名：</td><td>昭和・平成　　年　　月　　日生</td><td>男・女</td></tr>
<tr><td colspan="4">住所：</td></tr>
<tr><td>診断名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">現症</td><td colspan="3">視　力
右　（　　×　　Ｄ　Ｃｙｌ　　Ｄ　Ａｘ　　）
左　（　　×　　Ｄ　Ｃｙｌ　　Ｄ　Ａｘ　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3">視力以外の視機能障がい（視野狭窄、眼球震盪、近距離視力等）、その他参考となる経過・現症</td></tr>
<tr><td colspan="4">上記のとおり診断する。
令和　　年　　月　　日
病院又は診察所の名称
所　在　地
診療担当科目　　科　　医師氏名　　印</td></tr>
</table>

お願い：この「診断・意見書」は、介護支援専門員実務研修受講試験において、受験者の希望する特別措置の可否を決定するための資料となりますので、できるだけ具体的にご記入ください。

公益財団法人いきいき岩手支援財団　理事長

（様式６－２）　　〈Ａ４・片面印刷してください。〉

診断・意見書（聴覚障がい関係）

氏名：	昭和・平成　　年　　月　　日生	男・女
住所：		
診断名		
現症	（１）聴力（会話音域の平均聴力レベル） 右　　ｄＢ 左　　ｄＢ （２）障がいの種類 伝　音　声　難　聴 感　音　声　難　聴 混　合　性　難　聴 （３）聴力以外の障がい・その他参考となる経過・現症	

上記のとおり診断する。

令和　　年　　月　　日

病院又は診察所の名称

所　在　地

診療担当科目　　科　　医師氏名　　印

お願い：この「診断・意見書」は、介護支援専門員実務研修受講試験において、受験者の希望する特別措置の可否を決定するための資料となりますので、できるだけ具体的にご記入ください。

公益財団法人いきいき岩手支援財団　理事長

（様式６－３）　　〈Ａ４・片面印刷してください。〉

診断・意見書（肢体不自由関係）

氏名：	昭和・平成　　年　　月　　日生	男・女
住所：		
診断名		
現症	体幹の機能障がい（特に座位補助能力等）、上肢の機能障がい（特に筆記能力等）その他参考となる経過・現症	

参考事項（医師が該当する項目の数字を〇で囲んでください。）

	１．体幹の機能障がい （１）座位の保持 ア　60 分程度ならば可能である。 イ　90 分程度ならば可能である。 ウ　120 分程度ならば可能である。 エ　その他（　　） （２）受験可能な姿勢 ア　仰臥位　　イ　座位 ウ　腹臥位　　エ　その他（　　）	２．上肢の機能障がい （１）著しい障がい 握る、摘む、なでる（手、指先の機能）、ものを持ち上げる、運ぶ、投げる、押す、引っ張る（腕の機能）等に著しい障がいがある。 （２）軽度の障がいがある。 ア　精密な運動ができない。 イ　10Kg 以内のものしか下げることができない。

上記のとおり診断する。

令和　　年　　月　　日

病院又は診察所の名称

所　在　地

診療担当科目　　科　　医師氏名　　印

お願い：この「診断・意見書」は、介護支援専門員実務研修受講試験において、受験者の希望する特別措置の可否を決定するための資料となりますので、できるだけ具体的にご記入ください。

（注）　「著しい障がい」とは、ア、機能障がいのある上肢では、5kg 以内のものしか下げることができないもの。（手指で握っても、肘でつり下げてもよい。）　イ、一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか二関節の機能を全廃したものをいいます。

公益財団法人いきいき岩手支援財団　理事長

（様式６－４）　　〈Ａ４・片面印刷してください。〉

診断・意見書（胸部、心臓、腎臓疾患等関係）

氏名：	昭和・平成　　年　　月　　日生	男・女
住所：		
診断名		
現症	参考となる経過・現症	

参考事項（医師が該当する項目の数字を〇で囲んでください。）

	１．体幹の機能障がい （１）座位の保持 ア　60 分程度ならば可能である。 イ　90 分程度ならば可能である。 ウ　120 分程度ならば可能である。 エ　その他（　　） （２）受験可能な姿勢 ア　仰臥位　　イ　座位 ウ　腹臥位　　エ　その他（　　）	２．歩行の状況 （１）困難 （２）著しく困難 （３）歩行不可 （４）車いす使用 （５）その他 （　　） ３．付添人 （１）要　　（２）不要

上記のとおり診断する。

令和　　年　　月　　日

病院又は診察所の名称

所　在　地

診療担当科目　　科　　医師氏名　　印

お願い：この「診断・意見書」は、介護支援専門員実務研修受講試験において、受験者の希望する特別措置の可否を決定するための資料となりますので、できるだけ具体的にご記入ください。

公益財団法人いきいき岩手支援財団　理事長

（様式7）　　〈A4・片面印刷してください。〉

※この様式は令和5年度受験申込書提出後変更が生じた場合に使用してください。

令和5年度岩手県介護支援専門員実務研修受講試験

記載事項変更届

令和5年　　月　　日

フリガナ		
名　　前	（姓）	（名）
受験番号		
生年月日	昭和 ・ 平成　　年　　月　　日	

※ 氏名に変更のある受験者は申込時の氏名を記入すること。
※ 受験番号欄は、受験票発行前の手続きの際には、記入不要です。

次のとおり 1．氏　名
2．住　所
3．その他 （　　）を変更しました。
（該当する番号に〇を付けてください。）

※ 変更した内容をお知らせください。

1．氏名を変更した場合（※確認のため、氏名変更の経過がわかる戸籍抄本を添付してください。）

変更前	フリガナ	フリガナ
	（姓）	（名）
変更後	フリガナ	フリガナ
	（姓）	（名）

2．住所を変更した場合（※この届出書の提出とあわせて、最寄りの郵便局に「転居届」を提出してください。）

変更前	（郵便番号） （住所）
変更後	（郵便番号） （住所）

3．その他に変更のある場合（※電話番号等）

変更前	
変更後	

〈送付先〉 〒020-0015 盛岡市本町通3-19-1 岩手県福祉総合相談センター3階
（公財)いきいき岩手支援財団 総務・公表課 介護支援専門員実務研修受講試験担当

※ 封筒の表面に「受験申込書変更届」と朱書きの上、必ず簡易書留郵便でお送りください。なお、普通郵便で送られた場合の郵便事故等による未着・誤送については、一切責任を負えませんので、ご了承ください。