

●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7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7年10月12日（日）
申込受付期間	令和7年6月2日（月）から 令和7年6月30日（月）まで ※当日消印有効
申込方法	簡易書留による郵送 ※直接持ち込むことはできません。
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、 <u>郵便局備え付けの払込取扱票</u> 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

盛岡市本町通三丁目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

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の流れ

受験申し込み

令和7年6月2日（月）～令和7年6月30日（月）



受験資格等の審査



受験票交付

令和7年9月下旬に発送



試験実施

令和7年10月12日（日）



合否通知

令和7年11月25日（火）



実務研修受講通知

令和7年11月25日（火）



実務研修受講

（前期研修）

実習

（後期研修）

令和7年12月～令和8年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	1 9
2 申込方法	2 2
払込取扱票 記載例	2 3
申込後及び試験当日の留意事項	
1 申込後の留意事項	2 5
2 試験当日の留意事項	2 7
よくある質問	2 9
記載要領・記載例	
1 (様式1) 受験申込書 記載要領	3 8
受験申込書 記載例	4 1
2 (様式2) 受験票 記載要領	4 3
受験票 記載例	4 4
3 (様式3) 実務経験証明書 記載要領	4 5
実務経験証明書 記載例	4 7
4 (様式5) 身体障がい者等受験特別措置申請書 記載要領	5 0
様式	
1 受験申込書提出チェック表	5 3
2 申込書類の送付方法・宛名ラベル	5 4
3 (様式1) 受験申込書	5 5
4 (様式2) 受験票	5 7
5 (様式3) 実務経験証明書	5 8
6 (様式4) 勤務記録証明書	5 9
7 (様式5) 身体障がい者等受験特別措置申請書	6 0
8 (様式6-1～4) 診断・意見書	6 1
9 (様式7) 記載事項変更届	6 5

令和7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7年10月12日(日)
時間	入場 午前 9時00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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 いきいき岩手支援財団ホームページ https://www.silverz.or.jp/

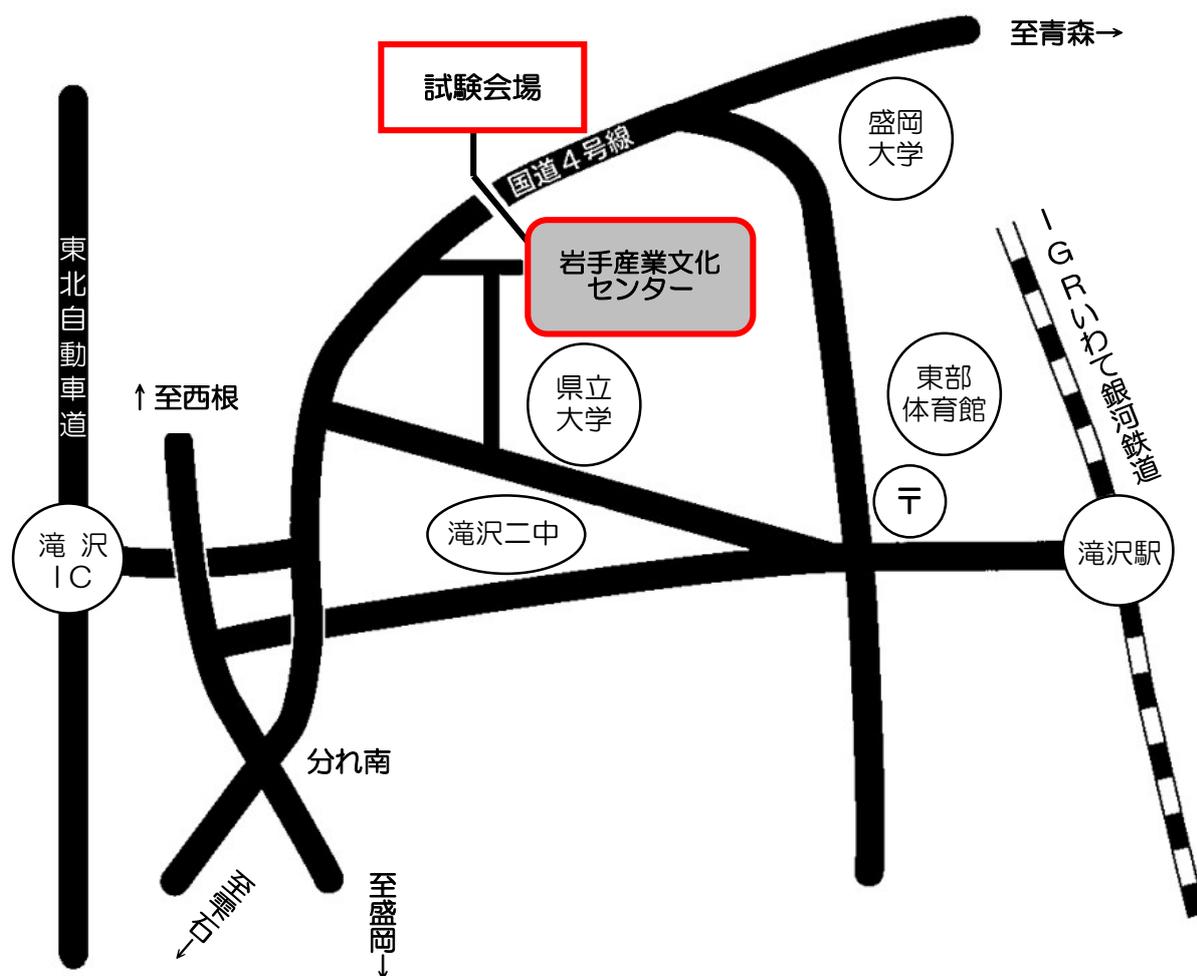
(2) 試験会場(予定)

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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 試験会場は、上記以外に追加、変更する場合がありますので、<u>必ず受験票に記載する試験会場を確認してください。</u> ○ 試験会場の下見はできません。また、<u>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。</u>試験会場に関する問合せは、試験事務局にお願いします。 ○ 試験会場に駐車場はありますが、駐車場内外で起こった事故や駐車場が混雑したことによる遅刻等については、一切責任を負いません。 ○ 会場周辺や駐車場内は大変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。 ○ 盛岡駅~試験会場間の臨時バス(有料)が運行される見込みです。 ○ 試験会場及び交通手段等の案内は、「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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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、<u>令和7年6月18日(水)までに試験事務局に連絡の上、当該配慮事項等について相談してください。</u> ○ 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、試験事務局に相談してください。ただし、<u>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</u>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550円

※臨時バスのほか、産業文化センターを経由する路線バスが運行されています。

(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410円

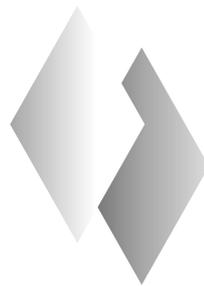
※滝沢駅からタクシー：約10分

(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19km）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

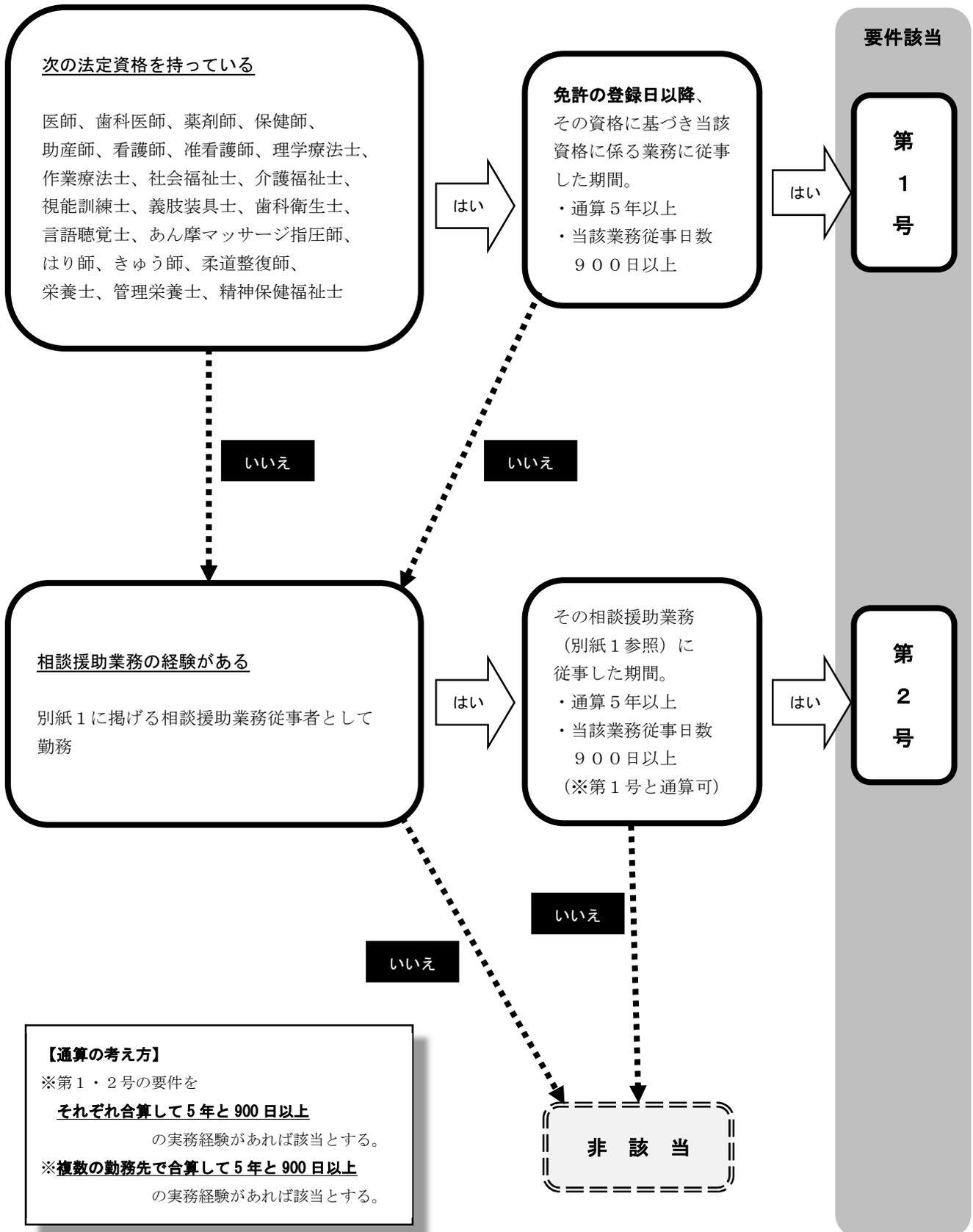


1 受験要件について

(1) 実務経験となる業務

受験要件に該当するか以下の Yes/No チャートで確認してください。

※ Yes/No チャートは簡易版ですので、受験要件は、必ず本試験案内 p6～8 を確認してください。



◎受験要件の詳細

「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ことを、受験要件として
います。（詳細は下記）

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 号及び第 2 号の期間が通算して 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	<p>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</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>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、精神保健福祉士</p> </div> <p>※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。</p> <p style="text-align: right;">（「勤務期間算定に関する具体例」を参照してください）</p>	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 P 8

※ 1 いずれの区分についても、要介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。

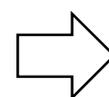
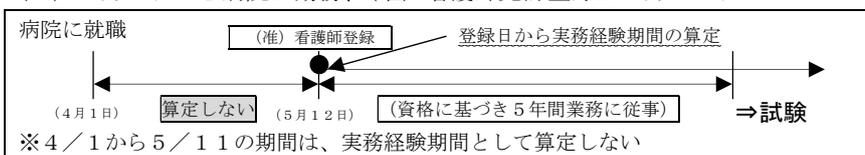
教職者や研究業務を行っているような期間は算定できません。

※ 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。

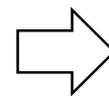
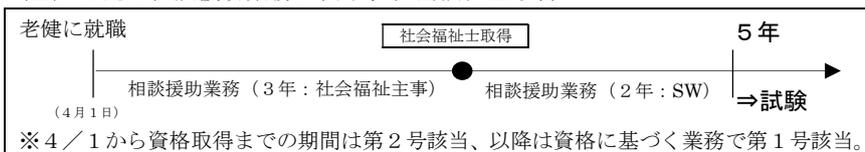
「勤務期間算定に関する具体例」

（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



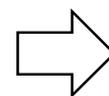
受験要件に該当

（2）老健で相談援助業務に従事、社会福祉士取得



受験要件に該当

（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



受験要件に非該当

(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7年12月～令和8年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）及びP26(6)「介護支援専門員実務研修の受講（合格者のみ）」を確認の上、受講が可能か確認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7年度介護支援専門員実務研修の受講資格を得るための試験です。

※本試験合格後に実務研修を修了することにより、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)まで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が削除されることとなりますのでご注意ください。

- (1) 心身の故障により介護支援専門員の業務を適正に行うことができない者として厚生労働省令で定めるもの
- (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（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、政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号の規定によりその登録が削除され、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削除の処分を受け、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削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削除の申請をした者（登録の削除の申請について相当の理由がある者を除く。）であって、当該登録が削除された日から起算して5年を経過しないもの

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)

区分コード	法定資格	区分コード	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
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)

区分コード	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)
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	※点字受験者(1.5倍) 180分
	15問	※弱視等受験者(1.3倍) 156分
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。

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

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

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

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・治療内容・予後の理解	1 医学的診断の理解 2 治療内容の理解 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りえ方 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

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	—			

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	—

介護保険法別表の科目	区分	大項目	中項目	小項目
	7 高齢者支援展開論（介護予防サービス事業各論）	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	—
		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 介護予防在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	—		

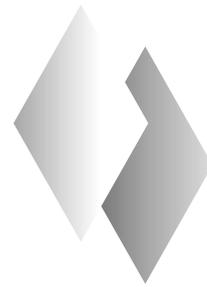
介護保険法別表の科目	区分	大項目	中項目	小項目		
	8 高齢者支援展開論（地域密着型介護予防サービス事業各論）	1 介護予防認知症対応型通所介護方法論	8 介護予防支援サービスと介護予防住宅改修	—		
			1 介護予防認知症対応型通所介護の意義・目的	—		
			2 介護予防認知症対応型通所介護の利用者の特性	—		
			3 介護予防認知症対応型通所介護の内容・特徴	—		
			2 介護予防小規模多機能型居宅介護方法論	1 介護予防小規模多機能型居宅介護の意義・目的	—	
				2 介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者の特性	—	
		3 介護予防小規模多機能型居宅介護の内容・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られることがありますので、その際は期限までに提出してください。

(1) 提出書類一覧

No.	書類名	提出の対象者	留意事項 掲載ページ
1	受験票送付用封筒 (110円切手を貼付した長形3号封筒)	◎ 全員	P20
2	(様式1) 受験申込書	◎ 全員	P20
3	(様式2) 受験票	◎ 全員	P20
4	(様式3) 実務経験証明書	◎※ 全員	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

※ 令和2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「実務経験証明書」の提出を省略することができます。

なお、令和元年度以前の受験票(試験結果通知書)は無効です。

また、省略できるのは「実務経験証明書」のみです。法定資格の免許証・登録証(写し)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であっても、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、提出書類の内容を十分確認してください。

(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 (110 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、氏名を記入の上、 110 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) 実務経験証明書 ※ 令和 2 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証明書の提出を省略することができます。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 ・ 記載要領、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写しを添付してください。 <p>【「見込」で書類を作成する場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 業務期間または業務従事期間は、試験日の前日(令和 7 年 10 月 1 日)まで算入できます。 ・ 見込で実務経験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。 <p>提出期限 10 月 24 日(金) 消印有効</p> <p>【令和 2 年度以降の受験票又は試験結果通知書を提出する場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 提出できるのは、<u>令和 2 年度以降の「岩手県介護支援専門員実務研修受講試験」</u>の受験票(試験結果通知書)に限ります。 ・ 令和元年度以前の受験票(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) <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 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、精神保健福祉士 </div>	<p>法定資格に基づく業務の実務経験を受験要件とする場合に提出が必要です。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 国家試験の合格通知書は不可。 <p>【免許証裏面に記載されている場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 再発行の免許証等で資格登録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) <p>【免許証等の発行(再発行)手続中の場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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) <p>提出期限 10 月 24 日(金) 消印有効</p> <p>【准看護師と看護師を通算する場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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)	<p>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。</p> <p>現任者研修を受講していない方は初任者研修修了証の写しを、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写しを提出してください。(P8 参照)</p>
7	主任相談支援員養成研修修了証(写し)	<p>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。</p> <p>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」修了証の写しを提出してください。(P8 参照)</p>

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）	<p>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）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>コピーされたものは不可です。</u> ・ 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、<u>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。</u> <p>（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。）</p>
9	戸籍抄本（原本）	<p>受験申込書と添付書類（登録証・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。</p> <p>氏名の変更履歴を証明できるか、記載内容をよく確認の上、提出してください。</p>
10	（様式4）勤務記録証明書	<p>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）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 施設または事業所に証明書の作成を依頼してください。 <p>【従事期間に見込日数が含まれる場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 従事期間を満した後、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） <p>提出期限 10月24日（金）消印有効</p> <p>【記載事項を訂正した場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 証明者の公印（職印）で訂正印を押してください。 <p>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。</p>
11	「受験者＝実務経験証明書の証明者」である場合に必要書類 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）	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 <p>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。</p>
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）	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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上、申請してください。 <p>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。</p>
13	（様式7）記載事項変更届	<p>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。</p> <p>【氏名を変更した場合】</p> <p>本人確認のため、必ず氏名変更を証明できる書類（戸籍抄本）を併せて提出してください。</p>

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7年6月2日(月)から6月30日(月)まで ※当日消印有効 ※郵送以外は一切受け付けません。 ⚠ 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 盛岡市本町通三丁目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 ⚠必ずP54の宛名ラベルを使用してください。
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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サイズに統一してください。(A4サイズ以外の免許等をコピーする場合、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、<u>受験票を受け取るまで必ず保管</u>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応じられません。

(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注意してください。
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> ○ 振込期限は、6月30日(月)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にもれなく記入し、郵便局の窓口又はATMにて払い込んでください。 ○ 必ず<u>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。</u> ○ 試験手数料のほか、<u>振込手数料が必要</u>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、郵便局の窓口で払い込んだ場合は「振替払込請求書兼受領証」の写しを、ATMで払い込んだ場合は「ご利用明細票」の写しをとり、<u>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。</u>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。 ○ 「振替払込請求書兼受領証」及び「ご利用明細票」の写し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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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は返還しません。 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月中旬を予定しています)。 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、重複して払い込んだ場合 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。

00	払込取扱票	022207	59687	10900	022207	59687	10900
口座番号	加入者名	金額	依頼料	料金	口座番号	金額	依頼料
022207	公益財団法人 いきいき岩手支援財団	10900			022207	59687	10900
	住所						
	ふりがな 氏名						
	平日 9～17 時に連絡がつく電話番号						
	受験料						

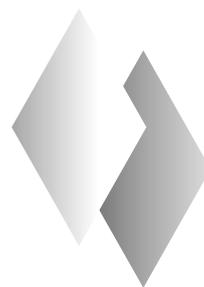
「受験料」と必ず記入してください。

氏名を記入してください。

郵便番号、住所、ふりがな、氏名、電話番号を
 記入してください。
 なお、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入してください。

郵便局備え付けの払込取扱票にもれなく記入し、
 郵便局の窓口又はATMにて払い込んでください。

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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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上（P19 参照）提出してください。
-----	---

(2) 受験票の発送

発送日	令和7年9月下旬
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ○ 10月3日（金）までに受験票が到着しない場合は、試験事務局に連絡してください。 ○ 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) 見込で受験した場合（実務経験証明書を「見込」で提出した場合等）

確定した書類の提出期限	令和7年10月24日（金）（消印有効）
留意事項	<p>【実務経験証明書を「見込」で提出した場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 実務経験証明書の交付時において受験要件を満たさず、試験日の前日（令和7年10月11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、試験事務局に「簡易書留」で郵送してください。 <p>【法定資格免許証等の交付手続き中に受験申込みをした場合】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 提出期限までに、免許証又は登録証の写しを提出してください。 <p>△ 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）</p>

(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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 受験申込書提出後から実務研修開始までの間に、受験申込書に記入した氏名、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）に必要事項を記入の上、試験事務局に「簡易書留」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。なお、氏名の変更履歴を証明できるか、記載内容をよく確認の上、提出してください。 <p>△ 郵送物の未着を防ぐためにも、転居の際には郵便局に「転居届」を必ず提出してください。</p>
------	---

(5) 合格発表及び合否通知

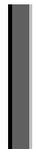
合格発表日	令和7年11月25日(火)
留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ○ 受験者全員(試験当日の欠席者を除く)に対して合否通知を郵送します。 ○ いきいき岩手支援財団ホームページ(https://www.silverz.or.jp/)に、合格者の受験番号を発表します。 ○ 電話による問合せには、お答えできません。 ○ 12月2日(火)までに合否通知が到着しない場合は、試験事務局に連絡してください。

(6) 介護支援専門員実務研修の受講(合格者のみ)

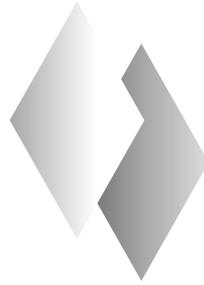
実務研修の受講について	<p>本試験の合格者を対象に、令和7年度介護支援専門員実務研修を実施します。</p> <p>○ 介護支援専門員として業務に従事するには、試験に合格した後、いきいき岩手支援財団が実施する介護支援専門員実務研修の課程を修了する必要があります。</p>																		
受講対象者	令和7年度岩手県介護支援専門員実務研修受講試験の合格者																		
受講費用(予定)	43,800円 (別途テキスト代が必要となります。)																		
研修会場	盛岡市内																		
研修内容(予定)	<p>開催時期 令和7年12月～令和8年3月(予定)</p> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td rowspan="2">前期研修</td> <td>オンライン研修(講義)</td> <td></td> <td>25.5時間</td> </tr> <tr> <td>集合研修(演習)</td> <td>4日間</td> <td>21.5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>オンライン研修(講義)</td> <td></td> <td>15時間</td> </tr> <tr> <td>集合研修(演習)</td> <td>5日間</td> <td>26時間</td> </tr> </table> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p>	前期研修	オンライン研修(講義)		25.5時間	集合研修(演習)	4日間	21.5時間	実習	3日程度 18時間以上			後期研修	オンライン研修(講義)		15時間	集合研修(演習)	5日間	26時間
前期研修	オンライン研修(講義)			25.5時間															
	集合研修(演習)	4日間	21.5時間																
実習	3日程度 18時間以上																		
後期研修	オンライン研修(講義)		15時間																
	集合研修(演習)	5日間	26時間																
その他	<p>実務研修は、特定一般教育訓練給付の対象講座です。</p> <p>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。</p>																		

2 試験当日の留意事項

<p>持参物品等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 受験票 ○ 筆記用具（B又はHBの黒鉛筆若しくはシャープペンシル、鉛筆削り、消しゴム） ○ 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、時計に限ります。 <p>△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。</p> <p>記入にあたっては、以下のようなことがないように十分注意してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・受験番号をマークしていないもの、誤った受験番号をマークしたものは採点されません（試験時間終了後、これらを記載することは認められません。）。
<p>試験会場 入室時間</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 午前9時30分までに試験室に入室し、着席してください。 （午前9時30分から注意事項等を説明します。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。）
<p>試験室への 入室</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>受験票で受験会場等を必ず確認してください。</u> ○ 試験室及びトイレ以外には立ち入らないでください。 ○ 試験室では、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、退室ができるのは、試験開始30分経過後とし、それ以前は認めません。
<p>座席</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>試験室内の座席は、机の上に貼り付けられた受験番号と受験票に記載されている受験番号が一致しているか確認</u>してください。 ○ 試験監督員から受験番号が見えるよう、机の上に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。
<p>試験会場に 関する 注意事項等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 試験会場の下見はできません。 ○ 試験会場では、電話の取次ぎは行いません。 ○ 試験会場では、携帯電話等（腕時計型を含む）の通信機器の使用を禁止します。試験室では、携帯電話等の電源を切り、かばんの中に入れてください。試験中に携帯電話等の電源が入っていることが確認された場合には不正行為となる場合があります。 また、<u>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。</u> ○ <u>建物・敷地内は、全面禁煙</u>です。 ○ 試験会場の開場は午前9時00分です。例年、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。また、会場周辺や駐車場内が混雑したこと等により何らかの不利益が生じても試験事務局は責任を負いません。 ○ 駐車場で起きた事故について、試験事務局は責任を負いません。 ○ 試験会場には、受験者以外の立ち入りはできません。 ○ 試験室内は、個々に対応した温度調節をすることが難しいため、衣服で調整できるよう各自で準備してください。
<p>不正行為 について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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、合格を取り消します。
<p>その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 試験問題は、試験時間終了後、持ち帰ることができます。 ○ 試験問題の内容、試験の採点に関する照会には、一切応じません。 ○ 試験当日、欠席する場合は、試験事務局に連絡する必要はありません。 欠席した場合でも、受験手数料は返還しません。（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。
-----	---

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 年度に受験要件の見直しがあり、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取得・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 の解答にもあるとおり、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 7 年 10 月 11 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証明書を見込で提出し、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 1 1

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。

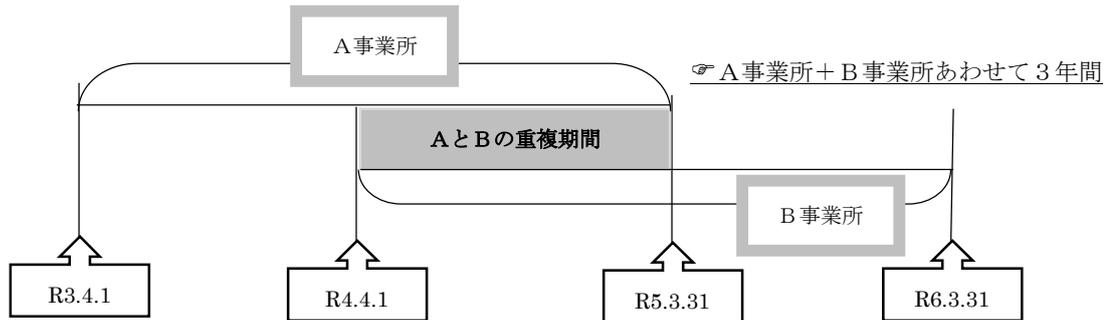
【例】 **A事業所** R3.4.1～R5.3.31 **B事業所** R4.4.1～R6.3.31 の場合

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、R4.4.1～R5.3.31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。

[答]



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 1 2

令和2年度に宮城県で受験しています。その際の可否通知書を実務経験証明書に替えることはできますか。

[答]

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

問 1 3

令和元年度に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すか。

[答]

できません。令和2年度～令和6年度の岩手県の試験結果通知書(又は受験票)の提出若しくは実務経験証明書の提出が必要です。(P20参照)

問 1 4	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」での申し込みになります。登録証が届い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 1 5	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 1 6	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 1 7	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 1 8	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 1 9	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 2 0	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 2 1	申込時には日数が受験要件を満たさなかったのに、実務経験証明書を見込で提出し受験しました。受験後、自己採点をしたところ不合格であったので、実務経験証明書は提出し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 2 2	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 2 3	申込書の記入を間違っていました。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】

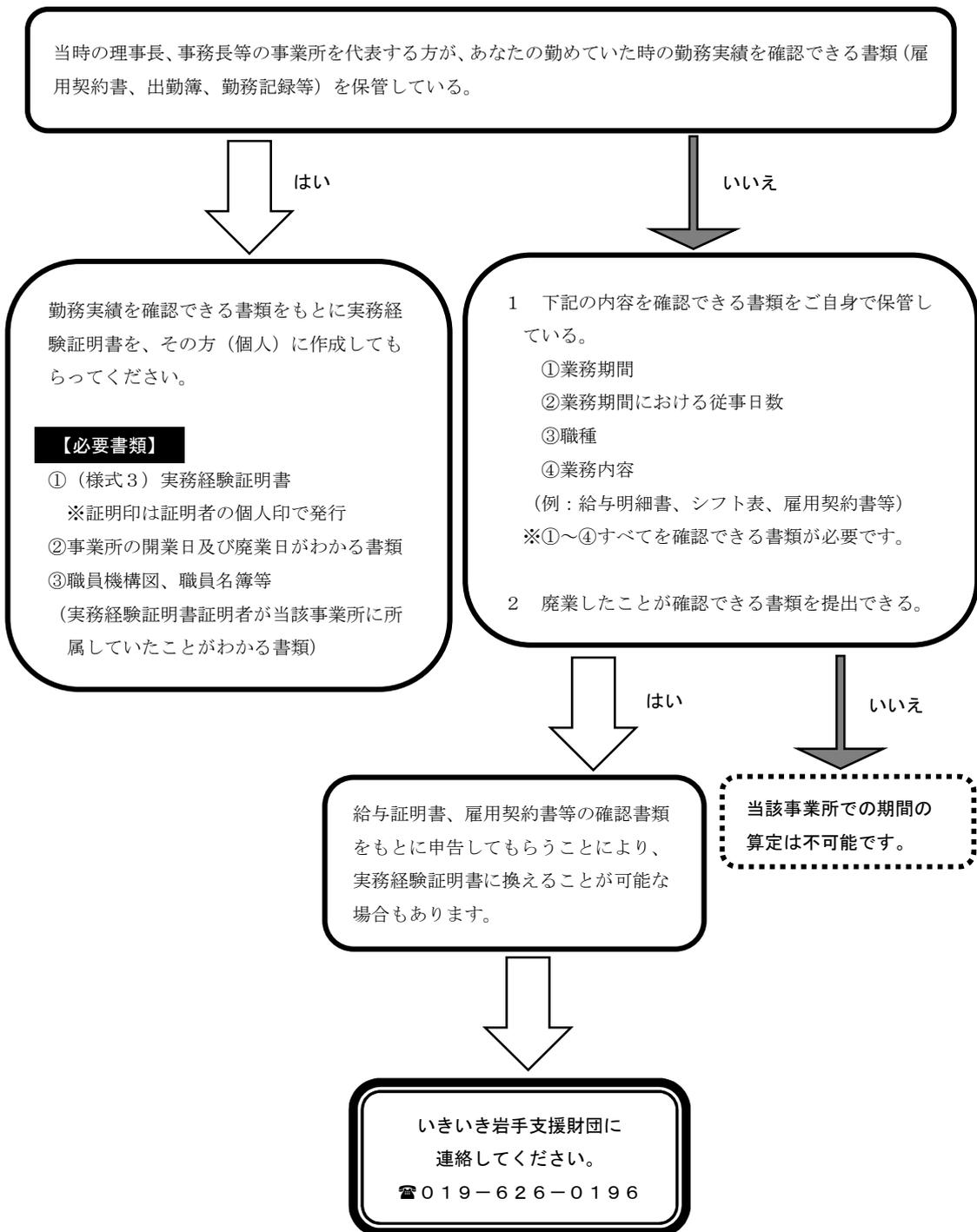
問 2 4

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、令和2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 2 5	令和 6 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 7 年度の様式の「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。

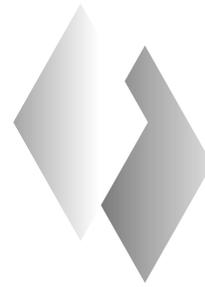
問 2 6	資格取得後に姓が変わったので、申込書と証明書の名前が異なります。どうしたらよいでしょうか。
-------	---

[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 2 7	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、試験日の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)

整理番号 受験番号	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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。 ※<u>戸籍等に記載されている漢字</u>で記入してください。【例】×高橋(略) → ○高橋(正式)
性別	<ul style="list-style-type: none"> ● 性別は、「男」「女」の該当する方に○をしてください。
生年月日	<ul style="list-style-type: none"> ● 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)	<ul style="list-style-type: none"> ● 満年齢は、試験申込時の年齢を記入してください。
現住所	<ul style="list-style-type: none"> ● 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</u>を記入してください。 ● ここに記入された住所に試験結果通知書、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>携帯電話、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。</u>
勤務状況	<ul style="list-style-type: none"> ● 申し込み時点での勤務状況について、該当するものを○で囲んでください。
勤務先	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>法人名、施設・事業所名、住所、電話番号は、お勤めのサービス事業所のものを記入してください。</u> (受験要件・受験地に関わるため。) ● <u>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。</u>
写真	<ul style="list-style-type: none"> ● 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) ● <u>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。</u> ● 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。 ● <u>写真は、「受験申込書」「受験票」の2枚必要となります。</u>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時のために、裏面に自分の氏名を記入してください。
身体障がい等 に対する 受験特別措置	<ul style="list-style-type: none"> ● 身体障がい等により特別な措置を希望する場合は□に✓してください。 ● 別途必要な書類がありますので申込書類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注意してください。

<p>受験資格区分</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 次の受験資格区分コード表から該当するコード・受験資格名を選択して記入してください。 <p>【受験資格区分コード表】</p> <table border="1" data-bbox="357 250 1418 680"> <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>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</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> </tbody> </table>	コード	受験資格名	コード	受験資格名	01	医師	12	視能訓練士	02	歯科医師	13	義肢装具士	03	薬剤師	14	歯科衛生士	04	保健師	15	言語聴覚士	05	助産師	16	あん摩マッサージ指圧師	06	看護師	17	はり師・きゅう師	07	准看護師	18	柔道整復師	08	理学療法士	19	栄養士、管理栄養士	09	作業療法士	20	精神保健福祉士	10	社会福祉士	21	相談援助業務従事者	11	介護福祉士		
コード	受験資格名	コード	受験資格名																																														
01	医師	12	視能訓練士																																														
02	歯科医師	13	義肢装具士																																														
03	薬剤師	14	歯科衛生士																																														
04	保健師	15	言語聴覚士																																														
05	助産師	16	あん摩マッサージ指圧師																																														
06	看護師	17	はり師・きゅう師																																														
07	准看護師	18	柔道整復師																																														
08	理学療法士	19	栄養士、管理栄養士																																														
09	作業療法士	20	精神保健福祉士																																														
10	社会福祉士	21	相談援助業務従事者																																														
11	介護福祉士																																																
<p>国家資格等 記入欄</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 「法定資格」の「資格名」と「コード」は、それぞれ上記「受験資格区分コード表」から該当するコード（01～20）とその資格名を記入してください。 ● 複数の資格をお持ちの場合は全ての資格を記入してください。 ● 「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、登録された日ですので、免許証・登録証をよく確認の上、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○印をつけてください。障がい者相談支援従事者初任者研修・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>【例1】平成29年6月2日介護福祉士登録</p> <table border="1" data-bbox="392 1050 1102 1133"> <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>11</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 1205 1102 1317"> <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>07</td> <td>S (H) R 27年 5月 5日</td> </tr> <tr> <td>看護師</td> <td>06</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	11	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	07	S (H) R 27年 5月 5日	看護師	06	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	11	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	07	S (H) R 27年 5月 5日																																															
看護師	06	S (H) R 31年 2月 2日																																															
<p>バス及び 駐車場の 利用について</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 臨時バス及び駐車場の利用動向を承知したいので、該当する方を○で囲んでください。 																																																
<p>過去の 受験歴</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 令和2～6年度に岩手県で受験経験のある方は○印をつけてください。 																																																
<p>実務経験期間</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 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。 ● 実務経験期間は受験要件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。 																																																
<p>振替払込請求 書兼受領証 (原本)の 貼り付け確認</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 受験申込書の裏面へ「振替払込請求書兼受領証」(原本)又は「ご利用明細票」(原本)を貼り付けた後、チェック(✓)をしてください。 																																																

(裏面)

<p>振替払込請求 書兼受領証 (原本) 貼付欄</p>	<ul style="list-style-type: none">● 受験手数料の払い込みに際しては、P22～P23 を必ず確認してください。● 郵便局の窓口で払い込んだ場合は「振替払込請求書兼受領証」の写しを、ATMで払い込んだ場合は「ご利用明細票」の写しをとり、<u>原本</u>をはがれないように糊で貼り付けてください。(写しは本人控えです。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、受験申込書は受理できませんのでご注意ください。
--------------------------------------	---

令和7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

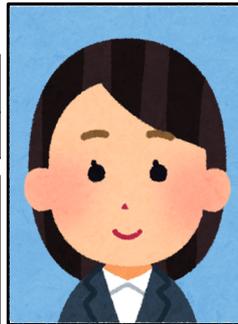
整理番号 ※ 記入不要

受験番号 ※ 記入不要

注1. ※は記入しないでください。

氏名 フリガナ もりおか はなえ 性別 男 生年月日 昭和 年 月 日 年齢 満 40 歳

現住所 〒 020-0000 住所 盛岡市本町通00-000 携帯電話 090-0000-0000 自宅電話 019-000-0000



勤務状況 1 実務経験に算入できる業務に従事している 2 実務経験に算入できない業務に従事している 3 無職

勤務先 法人名等 社会福祉法人 施設・事業所名 特別養護老人ホーム

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。

身体障がい等に対する受験特別措置 ※希望する場合のみ右枠の口に✓してください。

受験資格区分 11 受験資格名 介護福祉士

注2. コードは試験案内P39を参照。

Table with columns: 資格名, コード, 資格取得年月日. Includes '介護福祉士' with code '11' and date '2024.04.15'.

バス及び駐車場の利用について: 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

過去の受験歴: 岩手県で過去5年度以内に当該試験を受験した方は○印をつけてください. 令和2年度～令和6年度

注3. コードは試験案内P39を参照。

Table for '実務経験期間' with columns: 勤務先名称, 業務期間, 業務従事日数. Includes '特別養護老人ホーム' with period '2024.04.15 ~ 2025.06.21' and '1,242' days.

注4. (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... (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等(原本)の貼り付け確認 (右枠の口に✓してください。) ※裏面へ振替払込請求書兼受領証等(原本)を必ず貼付してください。

郵便局の窓口で払込んだ場合は「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。

振替払込請求書兼受領証

振替欄

口座番号	0 2 2 2 0 - 7
支店番号	5 9 6 8 7
加入者名	公益財団法人 いきいき若手支援財団
金額	千 百 十 万 千 百 十 円 1 0 9 0 0
ご依頼人	おなまえ 盛岡 花絵
料 金	07-**-** 000 郵便局
備 考	(*****) N*****

試験手帳(原本)を貼付してください。 (振替貼付欄)

受領証、貼付欄

記載事項を訂正した場合は、その箇所に訂正印を押しつけてください。

この受領証は、大切に保管してください。

ご利用明細票

お取扱日	店番	取扱番号
07-**-**	***	*****
取扱店	****	
払込口座	02220-7	59687
払込金額	*10,900	料金 ****

振替払込請求書兼受領証

口座番号	0 2 2 2 0 - 7
支店番号	5 9 6 8 7
加入者名	公益財団法人 いきいき若手支援財団
金額	千 百 十 万 千 百 十 円 1 0 9 0 0
ご依頼人	おなまえ 盛岡 花絵
料 金	07-**-** 000 郵便局
備 考	(*****) N*****

入金額 *****
おつり *****

振替受付票

払込みの証拠となるものですから大切に保存して下さい。

料金には、消費税等が含まれています。

(ゆうちょ銀行)

印紙税申告納付につき*町税務署承認済

ATMで払込んだ場合は「ご利用明細票」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。

受験番号	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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。 ※<u>戸籍等に記載されている漢字</u>で記入してください。 【例】×高橋（略） → ○高橋（正式）
写真	<ul style="list-style-type: none"> ● 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） ● <u>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。</u> ● 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。 ● <u>写真は、「受験申込書」「受験票」の2枚必要となります。</u>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時のために、裏面に自分の氏名を記入してください。

(様式2)

令和7年度岩手県介護支援専門員実務研修受講試験

受験票

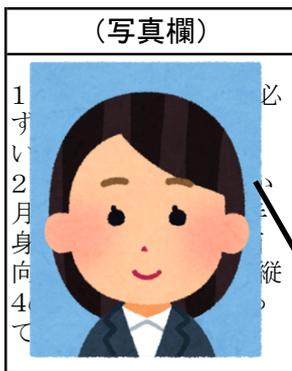
記載例

7

※ 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
氏名	盛岡 花絵



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7年10月12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確認してください。
- 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まで、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〉

- 黒のボールペンで正確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の記載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〉

- 1 試験当日の感染症対策
 - (1) マスクの着用は個人の判断に委ねますが、マスクの着用を推奨します。
 - (2) 試験時間中の本人確認(写真照合)の際は、試験監督員の指示によりマスクを一時的に外していただく場合があります。
 - (3) 試験会場には消毒用アルコールを設置します。また、携帯用手指消毒液を持参しても差し支えありません。ただし、試験時間中はかばん等にしまってください。
- 2 体調不良の方について

この試験は、医療機関や高齢者施設等で勤務する方が多数受験することを考慮し、体調不良の方や新型コロナウイルス感染症等に罹患された方は、受験について慎重にご判断されるようお願いいたします。
- 3 その他

試験室内は、個々に対応した温度調節をすることが難しいため、衣服で調整できるよう各自で準備してください。

3 (様式3) 実務経験証明書 記載要領

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。受験者本人が記入、訂正した証明書は無効となります。

実務経験証明書の作成は、手書きまたは Excel に入力して印刷する方法のどちらでも構いません。

【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は、併せて「(様式4) 勤務記録証明書」(P59)も作成してください。

<p>証明者の所在地、施設・事業所の名称、代表者職・氏名、証明印（職印）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 証明者の住所、施設・事業所の名称、代表者の職および氏名を記入してください（店判可）。 ● 証明印は職印を使用してください。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>注意：個人経営等（医院、鍼灸院など）で職印がない場合は、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。</p> </div>
<p>証明年月日</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 証明書を作成した日付を記入してください。試験案内配布・公開日（5月16日）より前の証明年月日は無効となります。
<p>証明区分</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 該当する方を○で囲んでください。 ※「見込」で提出した受験者は、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。
<p>受験者氏名、生年月日</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 受験申込者の氏名、生年月日を記入してください。
<p>事業所等の連絡先</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 記載内容の問い合わせ先として、電話番号と担当者名を記入してください。
<p>事業所名称、事業所の種別、介護保険・障害福祉サービス事業所番号</p>	<p>【事業所名称】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 法人名ではなく、受験申込者が所属する施設名、事業所名を記入してください。 (例：特別養護老人ホーム ○○○苑、グループホーム □□□) ● 名称の変更等がある場合は備考欄に記入してください。 <p>【事業所の種別】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 「介護老人保健施設」、「特別養護老人ホーム」、「介護付き有料老人ホーム」、「障害者支援施設」など具体的に記入してください。 <p>【介護保険・障害福祉サービス事業所番号】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 介護保険制度、障害者総合支援制度の指定を受けている場合のみ番号を記入してください。
<p>区分コード</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● P8を参照の上、該当する区分コードを4ケタで記入してください。 ※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。
<p>法定資格等の登録年月日</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 法定資格に基づく業務（受験要件第1号に該当）の場合は、法定資格の免許証・登録証に記載されている登録年月日を記入してください。 ※免許証・登録証が発行された日ではありませんので、よく確認の上、間違いのないように記入してください。
<p>職種名</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 各法令等の人員配置基準に基づく公的な名称を記入してください。 (例：医師、看護師、介護福祉士、生活相談員、支援相談員)

<p>業務内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 「看護業務」、「介護業務」、「相談援助業務」など、具体的に記入してください。 ● 管理業務のみを行っている場合は受験要件に該当しません。要援護者に対し、直接的な対人援助業務と管理業務を兼務されている場合は、兼務していることがわかるように記入してください。 <p>(例)</p> <table border="1" data-bbox="496 360 1385 510"> <thead> <tr> <th>職種名</th> <th colspan="2">業務内容</th> <th colspan="2">業務内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>看護師</td> <td>×</td> <td>介護業務</td> <td>○</td> <td>看護業務</td> </tr> <tr> <td>介護福祉士</td> <td>×</td> <td>看護補助業務</td> <td>○</td> <td>介護業務兼看護補助業務</td> </tr> <tr> <td>(管理) 栄養士</td> <td>×</td> <td>献立作成業務</td> <td>○</td> <td>栄養指導業務</td> </tr> </tbody> </table>	職種名	業務内容		業務内容		看護師	×	介護業務	○	看護業務	介護福祉士	×	看護補助業務	○	介護業務兼看護補助業務	(管理) 栄養士	×	献立作成業務	○	栄養指導業務
職種名	業務内容		業務内容																		
看護師	×	介護業務	○	看護業務																	
介護福祉士	×	看護補助業務	○	介護業務兼看護補助業務																	
(管理) 栄養士	×	献立作成業務	○	栄養指導業務																	
<p>業務期間</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 受験申込者が「要援護者に対し、直接的な対人援助業務を行っていた期間」を記入してください。 ● 当該資格等を有しながら要援護者に対する直接的な対人援助業務でない開設準備、事務、研究業務、教育業務等を行っていた期間は対象となりません。 (非該当の例：社会福祉士が行う介護業務、薬剤師が行う研究業務) ● 法定資格に基づく業務（受験要件第1号に該当）の場合は、資格の登録日以降としてください。(記載例①：P47 参照) ● 1ヶ月に満たない端数の日数も記入してください。 																				
<p>業務従事日数</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 業務期間において実際に当該業務に従事した日数（休日・休暇・研修・病気・産休・休職等で業務に従事しなかった日を除いた日数）を記入してください。 ※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。 																				
<p>備考</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 施設等の名称変更や運営法人の変更があった場合、休職期間がある場合などは、その内容がわかるように記入してください。 <p>例①「令和3年4月1日に〇〇〇デイサービスからデイサービスセンター△△△に事業所名称変更」 例②「令和5年9月30日グループホーム□□□廃止」 例③「令和4年5月21日～令和5年6月30日 産休・育休取得」</p>																				

実務経験証明書

記載例①

(公) 同施設内で、職種変更の履歴がある場合 理事長 様

証明者の所在地 滝沢市〇-〇-〇〇
 施設・事業所の名称 社会福祉法人 〇〇
 代表者 職・氏名 理事長岩手 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 7 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17日)より前の証明年月日は無効となります。
証明区分	確定・見込	※「見込」で提出した受験者は、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。
受験者氏名	盛岡 花絵	生年月日 S・H 60 年 3 月 4 日

事業所等の連絡先 (電話番号) 019-0000-0000 (担当人名) 総務課 事務 一子	
①事業所名称	介護老人保健施設 〇〇
②事業所の種別	介護老人保健施設
③介護保険・障害福祉サービス事業所番号	0 3 5 0 1 0 2 4 6 8
④区分コード	1105
⑤法定資格等の登録年月日	
⑥職種名	支援相談員
⑦業務内容	相談援助業務
⑧業務期間(在籍期間)	H・R 2 年 4 月 1 日 から H・R 4 年 4 月 8 日 まで 業務期間 2 年 0 ヶ月 8 日 (産休・育休・病休を取得した場合は、備考欄に)
⑨業務従事日数(実働日数)	482 日 (休)
※事業所の廃止等がある場合はその旨を記入してください。	

法定資格の登録日からの業務期間となります。

現在も就業中の場合、業務期間の最終日は、証明書の作成日を記入してください。

①事業所名称	デイサービス 〇〇
②事業所の種別	地域密着型通所介護
③介護保険・障害福祉サービス事業所番号	0 3 9 1 6 0 1 3 5 7
④区分コード	0011
⑤法定資格等の登録年月日	令和 4 年 4 月 9 日
⑥職種名	介護福祉士
⑦業務内容	介護業務
⑧業務期間(在籍期間)	H・R 4 年 4 月 9 日 から H・R 7 年 6 月 21 日 まで 業務期間 3 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(実働日数)	762 日 (休)
※事業所の廃止等がある場合はその旨を記入してください。	

①事業所名称	
②事業所の種別	
③介護保険・障害福祉サービス事業所番号	
④区分コード	
⑤法定資格等の登録年月日	
⑥職種名	
⑦業務内容	
⑧業務期間(在籍期間)	H・R 年 月 日 から H・R 年 月 日 まで 業務期間 年 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(実働日数)	日 (休)
※事業所の廃止等がある場合はその旨を記入してください。	

- 記載にあたってはP45「(様式3)実務経験証明書 記載要領」を確認し、必要事項を漏れなく記入してください。
- 証明者が異なる場合は、別の用紙に記入してください。
- 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。
- 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)。
- 「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。
- 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。

実務経験証明書

記載例②

(「見込」で実務経験証明書を提出する場合) 長 様

証明者の所在地 **盛岡市** □-□-□□
 施設・事業所の名称 **医療法人** □□□
 代表者 職・氏名 **理事長岩手 次郎**



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 7 年 6 月 21 日	※本証明試験案	「見込」に○をしてください。	い。
証明区分	確定	※該当する方を○で囲んでください。	見込	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 60 年 3 月 4 日	※「見込」で提出した受験者名、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。

事業所等の連絡先		(電話番号)	019-□□□-□□□□	(担当者名)	総務課 事務 二子
①事業所名称	□□病院				
②事業所の種別	病院	③介護保険・障害福祉サービス事業所番号			
④区分コード	0006	⑤法定資格等の登録年月日	令和2年9月13日		
⑥職種名	看護師	⑦業務内容	看護業務		
⑧業務期間(在籍期間)	※業務期間の開始年月日は法定資格等の登録年月日及び事業所の開設年月日以降としてください。 H・R 2 年 9 月 13 日 から H・R 7 年 9 月 12 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(実働日数)	1,198 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	※事業所の廃止等がある場合はその旨を記入してください。				

※証明者が同じ場合で、		業務期間は、試験日前日(10月11日(土))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24日(金)消印有効			
①事業所名称		R2.9.13	R7.6.21	R7.9.12	
②事業所の種別		確定期間	見込期間	見込期間	
④区分コード					
⑥職種名					
⑧業務期間(在籍期間)	※業務期間の開始年月日は法定資格等の登録年月日及び事業所の開設年月日以降としてください。 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(実働日数)			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	※事業所の廃止等がある場合はその旨を記入してください。				

①事業所名称					
②事業所の種別		③介護保険・障害福祉サービス事業所番号			
④区分コード		⑤法定資格等の登録年月日			
⑥職種名		⑦業務内容			
⑧業務期間(在籍期間)	※業務期間の開始年月日は法定資格等の登録年月日及び事業所の開設年月日以降としてください。 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(実働日数)			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	※事業所の廃止等がある場合はその旨を記入してください。				

- 記載にあたってはP45「(様式3)実務経験証明書 記載要領」を確認し、必要事項を漏れなく記入してください。
- 証明者が異なる場合は、別の用紙に記入してください。
- 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。
- 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)。
- 「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。
- 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。

実務経験証明書

記載例③
事業所の廃止履歴がある場合

証明者の所在地 一関市△-△-△△
施設・事業所の名称 医療法人△△△
代表者 職・氏名 理事長岩手 三郎



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 7 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17日)より前の証明年月日は無効となります。
証明区分	※該当する方を○で囲んでください。 確定 ・ 見込	※「見込」で提出した受験者は、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。
受験者氏名	盛岡 花絵	生年月日 S ・ H 60 年 3 月 4 日

事業所等の連絡先		(電話番号) 019-△△△-△△△△	(担当者名) 総務課 事務 三子
①事業所名称	通所リハビリテーション△△事業所		
②事業所の種別	通所リハビリテーション	③介護保険・障害福祉サービス事業所番号	0 3 7 0 9 0 1 3 5 7
④区分コード	0009	⑤法定資格等の登録年月日	平成31年4月21日
⑥職種名	作業療法士	⑦業務内容	作業療法
⑧業務期間(在籍期間)	※業務期間の開始年月日は法定資格等の登録年月日及び事業所の開設年月日以降としてください。 H・R 31年4月21日 から H・R 3年10月31日 まで 業務期間 2 年 6 ヶ月 11 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(実働日数)	606	⑧の業務期間中、実際に当該業務に従事した日数	
⑩備考	※事業所の廃止等がある場合はその旨を記入してください。 令和3年10月31日 事業所廃止		

※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。

①事業所名称	特別養護老人ホーム △△		
②事業所の種別	特別養護老人ホーム	③介護保険・障害福祉サービス事業所番号	0 3 7 0 9 0 2 4 6 8
④区分コード	0009	⑤法定資格等の登録年月日	平成31年4月21日
⑥職種名	作業療法士	⑦業務内容	作業療法
⑧業務期間(在籍期間)	※業務期間の開始年月日は法定資格等の登録年月日及び事業所の開設年月日以降としてください。 H・R 3年11月1日 から H・R 6年6月21日 まで 業務期間 3 年 7 ヶ月 21 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(実働日数)	867	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	※事業所の廃止等がある場合はその旨を記入してください。		

①事業所名称			
②事業所の種別		③介護保険・障害福祉サービス事業所番号	
④区分コード		⑤法定資格等の登録年月日	
⑥職種名		⑦業務内容	
⑧業務期間(在籍期間)	※業務期間の開始年月日は法定資格等の登録年月日及び事業所の開設年月日以降としてください。 H・R 年 月 日 から H・R 年 月 日 まで 業務期間 年 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(実働日数)		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	※事業所の廃止等がある場合はその旨を記入してください。		

- 記載にあたってはP45「(様式3)実務経験証明書 記載要領」を確認し、必要事項を漏れなく記入してください。
- 証明者が異なる場合は、別の用紙に記入してください。
- 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。
- 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)。
- 「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。
- 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 (様式5) 身体障がい者等受験特別措置申請書 記載要領

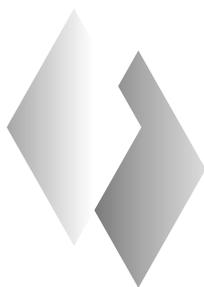
- ・ 「(様式5) 身体障がい者等受験特別措置申請書」は、本人または記入代理者が記入してください。
代理者が記入する場合は、受験者と相談の上、作成を進めてください。
- ・ 黒のボールペンで正確に記入してください。
- ・ 記入を間違えた場合は、横線を2本引き、その上部枠内(なるべく枠内におさまるよう)に訂正後の文字をはっきりと記入してください。**訂正印は不要**です。
- ・ 医師が証明する「(様式6-1~4) 診断・意見書」または身体障害者手帳の写しを添付して申し込んでください。

整理番号	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	<ul style="list-style-type: none"> ● それぞれ記入してください。
身体障がいの程度	<ul style="list-style-type: none"> ● 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○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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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○で囲んでください。 ● 該当する事項の欄がこの中に入らない場合は、「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○で囲んでください。
受験者の現住所・ 連絡先電話番号	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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	<ul style="list-style-type: none"> ● 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】

特別措置の対象となる者		審査の上特別に措置が認められる事項					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)	
		必ず措置する事項						
		解答方法	試験時間	試験室	試験室で用意されるもの	級別		
視覚障がい者	日常生活で点字を使用している者	点字による解答	1.5倍	別室	点字問題冊子 点字用解答用紙	1～6級	<ul style="list-style-type: none"> 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 	
	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	文字による解答	1.3倍	別室	文字解答用紙	1～4級	<ul style="list-style-type: none"> 拡大文字問題冊子の配布 拡大鏡等の持参使用 	
	上記以外の視覚障がい者	比較的重度の者	文字による解答	一般受験者と同じ	別室	文字解答用紙		5級 6級
		上記以外の者	なし（一般受験者と同じ）					
聴覚障がい者	両耳の平均聴力レベルが100デシベル以上の者	なし（一般受験者と同じ）					2級	<ul style="list-style-type: none"> 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
	上記以外の聴力障がい	なし（一般受験者と同じ）					3級 4級 6級	<ul style="list-style-type: none"> 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
肢体不自由者	体幹の機能障がいにより座位を保つことができない者または困難な者	チェックによる解答	1.3倍	別室	チェック解答用紙	1級	<ul style="list-style-type: none"> 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 	
	両上肢の機能障がいがある者							
	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	なし（一般受験者と同じ）						1級
	上記以外の肢体不自由	比較的重度の者	チェックによる解答	1.3倍	別室	チェック解答用紙		1級 2級
上記以外の者		なし（一般受験者と同じ）						
病弱者等	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	なし（一般受験者と同じ）						
その他	障がい等を併せもつ者	障がいまたは病弱者の種類・程度に応じ、上記それぞれの該当の欄に記載の事項						

様式



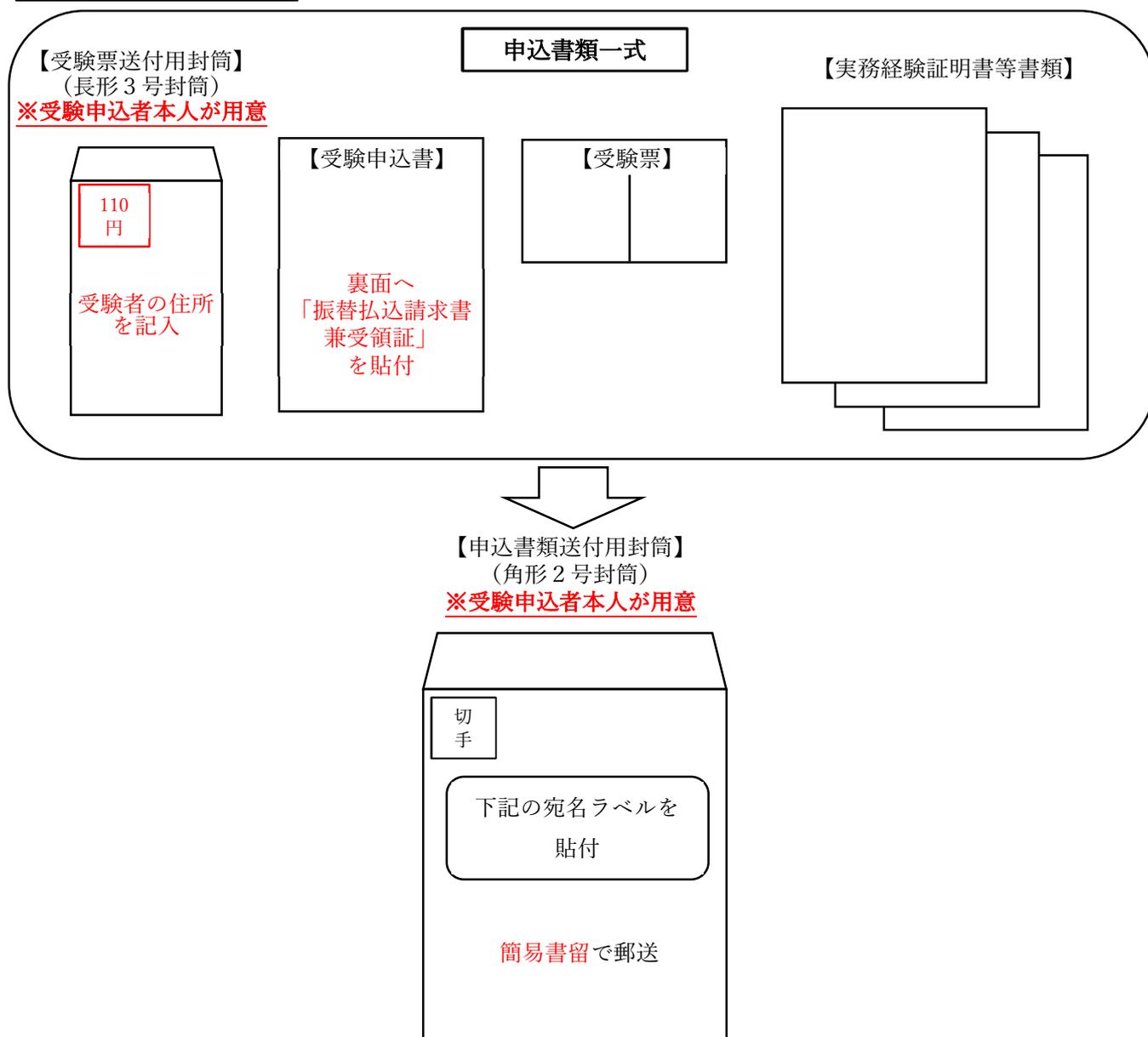
（様式3）実務経験証明書は自動計算機能付の Excel ファイル
を当財団ホームページに掲載しています。
ダウンロードして使用してください。

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を再度確認の上、不備のないように提出してください。

申込区分		R7年度初めて受験を申込む者又は R2～R6年度に受験したが岩手県介護支援 専門員実務研修受講試験の受験票又は 試験結果通知書を持っていない者			R2～R6年度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持ってい て、実務経験証明書の提出を省略する者			
		申込区分1	申込区分2	申込区分3	申込区分4	申込区分5	申込区分6	
書類名	留意 事項 掲載 ページ	法定資格に 基づく業務 の実務経験 のみで受験 を申込む者	相談援助業 務の実務経 験のみで受 験を申込む 者	法定資格に 基づく業務 と相談援助 業務の両方 の実務経験 で受験を申 込む者	R2～R6年度に 受験票の交付 を受けた者の うち、法定資 格に基づく 業務の実務 経験のみで 受験を申込 む者	R2～R6年度に 受験票の交付 を受けた者の うち、相談援 助業務の実 務経験のみ で受験を申 込む者	R2～R6年度に 受験票の交付 を受けた者の うち、法定資 格に基づく 業務と相談 援助業務の 両方の実務 経験で受験 を申込む者	
		①	受験票送付用封筒 (110円切手を貼付し た長形3号封筒)	P20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②	(様式1) 受験申込書	P20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
③	(様式2) 受験票	P20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
④	(様式3) 実務経験証明書	P20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-	
⑤	法定資格の免許証・ 登録証(写し)	P20	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	
⑥	R2～R6年度の受験 票又は試験結果通知 書(原本)	P20	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑦	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)	P20	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑧	主任相談支援員養成 研修修了証(写し)	P20	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
⑨	マイナンバーの記載 のない住民票の写し (原本)	P21	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
⑩	戸籍抄本(原本)	P21	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
⑪	(様式4)勤務記録 証明書	P21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-	-	
⑫	「受験者＝実務経験 証明書の証明者」で ある場合に必要書類 (※個人開業等の 場合) 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)	P21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-	-	
⑬	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)または 身体障害者手帳(写 し)	P21	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
⑭	(様式7)記載事項 変更届	P21	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>

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
盛岡市本町通三丁目 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：

令和7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 フリガナ 漢字 性別 生年月日 年齢

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。

勤務状況 申込時点での勤務状況 1 実務経験に算入できる業務に従事している 2 実務経験に算入できない業務に従事している(事務、研究業務等) 3 無職

勤務先 法人名等 施設・事業所名 〒 住所 電話番号

身体障がい等に対する受験特別措置 ※希望する場合のみ右枠の□に✓してください。(別途申請書の提出が必要となります。)

受験資格区分 受験資格区分コード 受験資格名

注2. コードは試験案内P39を参照。

国家資格等記入欄 資格名 コード 資格取得年月日 法定資格 資その他格の 過去の受験歴: 岩手県で過去5年度以内に当該試験を受験した方は○印をつけてください。 令和2年度～令和6年度

注3. コードは試験案内P39を参照。

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】

注4. (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等(原本)の貼り付け確認 (右枠の□に✓してください。) ※裏面へ振替払込請求書兼受領証等(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10,900円の「振替払込請求書兼受領証(原本)」又は「ご利用明細票(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。

〔受領証又は明細票の(原本)が
貼り付けられていないものは受理できません。〕

令和7年度岩手県介護支援専門員実務研修受講試験

受 験 票

7

※ 受 験 番 号

※欄には何も記入しないでください

ふりがな	
氏名	

(写真欄)
<p>1 申込書提出の際に必ず写真を貼ってください。</p> <p>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。</p>

切り取ってはいけません

1. 試験日

令和7年10月12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確認してください。
- 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まで、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、黒のボールペンで正確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の記載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〉

- 1 試験当日の感染症対策
 - (1) マスクの着用は個人の判断に委ねますが、マスクの着用を推奨します。
 - (2) 試験時間中の本人確認(写真照合)の際は、試験監督員の指示によりマスクを一時的に外していただく場合があります。
 - (3) 試験会場には消毒用アルコールを設置します。また、携帯用手指消毒液を持参しても差し支えありません。ただし、試験時間中はかばん等にしまってください。
- 2 体調不良の方について

この試験は、医療機関や高齢者施設等で勤務する方が多数受験することを考慮し、体調不良の方や新型コロナウイルス感染症等に罹患された方は、受験について慎重にご判断されるようお願いいたします。
- 3 その他

試験室内は、個々に対応した温度調節をすることが難しいため、衣服で調整できるよう各自で準備してください。

実務経験証明書

(公財)いきいき岩手支援財団理事長 様

証明者の所在地

 施設・事業所の名称

 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 7 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・公開日(5月16日)より前の証明年月日は無効となります。	
証明区分	※該当する方を○で囲んでください。 確定 ・ 見込	※「見込」で提出した受験者は、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。	
受験者氏名	生年月日	S ・ H	年 月 日

事業所等の連絡先		(電話番号)	(担当者名)
1	①事業所名称		
	②事業所の種別	③介護保険・障害福祉サービス事業所番号	
	④区分コード	⑤法定資格等の登録年月日	
	⑥職種名	⑦業務内容	
	⑧業務期間(在籍期間)	※業務期間の開始年月日は法定資格等の登録年月日及び事業所の開設年月日以降としてください。 H・R 年 月 日 から H・R 年 月 日 まで 業務期間 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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(実働日数)	<input type="text"/> 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	※事業所の廃止等がある場合はその旨を記入してください。	

※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事業所名称		
	②事業所の種別	③介護保険・障害福祉サービス事業所番号	
	④区分コード	⑤法定資格等の登録年月日	
	⑥職種名	⑦業務内容	
	⑧業務期間(在籍期間)	※業務期間の開始年月日は法定資格等の登録年月日及び事業所の開設年月日以降としてください。 H・R 年 月 日 から H・R 年 月 日 まで 業務期間 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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(実働日数)	<input type="text"/> 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	※事業所の廃止等がある場合はその旨を記入してください。	

3	①事業所名称		
	②事業所の種別	③介護保険・障害福祉サービス事業所番号	
	④区分コード	⑤法定資格等の登録年月日	
	⑥職種名	⑦業務内容	
	⑧業務期間(在籍期間)	※業務期間の開始年月日は法定資格等の登録年月日及び事業所の開設年月日以降としてください。 H・R 年 月 日 から H・R 年 月 日 まで 業務期間 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 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(実働日数)	<input type="text"/> 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	※事業所の廃止等がある場合はその旨を記入してください。	

1 記載にあたってはP45「(様式3)実務経験証明書 記載要領」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。

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7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

氏名	該当業務に従事した日に○印をつけてください。																															計
	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	
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
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</							

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	<p>(1) 聴力（会話音域の平均聴力レベル）</p> <table border="1" style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse; width: 60%;"> <tr> <td style="padding: 5px;">右</td> <td style="padding: 5px;">dB</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">左</td> <td style="padding: 5px;">dB</td> </tr> </table> <p>(2) 障がいの種類</p> <table border="1" style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse; width: 60%;"> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">伝音声難聴</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">感音声難聴</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;">混合性難聴</td> </tr> </table> <p>(3) 聴力以外の障がい・その他参考となる経過・現症</p>		右	dB	左	dB	伝音声難聴	感音声難聴	混合性難聴
右	dB								
左	dB								
伝音声難聴									
感音声難聴									
混合性難聴									
<p>上記のとおり診断する。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>病院又は診察所の名称</p> <p>所在地</p> <p>診療担当科目 科 医師氏名 印</p>									

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

※この様式は令和7年度受験申込書の提出後に変更が生じた場合に使用してください。

令和7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7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○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 盛岡市本町通三丁目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・記載事項変更届」と朱書きの上、必ず「簡易書留」で郵送してください。
なお、簡易書留以外の方法で郵送した場合の郵便事故等による未着・誤送については、一切責任を負いませんので、ご了承ください。