Ⅷ　受験申込書等の記入要領　　Ｐ５６～Ｐ６９

★　記入方法についてご不明な点がある場合には、申込書類の送付前に、（公社）福岡県介護支援専門員協会までお問い合わせください。ただし、回答できない内容もございますのでご了承ください。

受験申込時に必要な提出書類

	提出書類等	新規申込者	過去受験者 （注１）
1	様式１ ○　受験申込書　○　写真票　○　受験票 ※　本申込要領に綴じ込んでいます。	◎ 必須	◎ 必須
2	様式２　○　実務経験（見込）証明書 ※　コピーをして使用してください。	◎ 必須	省略可 （注１）
3	様式３　○　領収証紙納付書 ※　**８，６００円分の福岡県領収証紙を貼付**してください。	◎ 必須	◎ 必須
4	○　資格等を証する書類の写し	○ ※　該当者のみ	省略可 （注１）
5	○　戸籍抄本	○ ※　該当者のみ	○ ※　該当者のみ
6	○　開業許可書、認可書、届出書等の写し	○ ※　該当者のみ	省略可 （注１）
7	○　申込用封筒（チェックリスト付） ※　本申込要領に綴じ込んでいます。 ※　必ず**簡易書留**で送付してください。	◎ 必須	◎ 必須

（注１）過去受験者として書類の省略ができるのは、過去の受験年度、会場、受験番号を記載できる方が対象となります。また、過去の受験時に申込手続きが完了していない場合は省略できません。

１　受験申込書（写真票・受験票含む。）　－　（様式１）

（１）　受験申込書の構成

受験申込書は、「申込書」、「写真票」、「受験票（ハガキ様式）」の３つで構成されています。**ミシン目がついていますが、切り離さず**に申込書類として送付してください。

（２）　記入について

以下の記入要領を熟読の上、**黒色ボールペンを使用**し、**楷書で正確に記入**してください。

記入を間違えた場合は、二重線で消し、その上部枠内に訂正後の文字を記入してください。訂正印は不要です。

（３）　各記入要領

［１］受験申込書

項目	注意事項
①※整理番号・※受験番号	・記入しないでください。
②性別・生年月日	・性別の該当する方に○をし、生年月日を記入してください。
③現住所及び電話番号	・郵便番号、市（区）町村名、字、番地、建物名、室番号、○○様方まで正確に記入してください。また、必ずふりがなも付してください。 ※　提出書類等について確認のため電話にて連絡をさせていただく場合があります。電話番号、日中可能な連絡先も必ずご記入ください。連絡をした際に応答がなく確認がとれない（折り返しの連絡がない）場合、受験ができないこともありますのでご注意ください。
④現勤務先名称 現勤務先の所在地及び 電話番号	・申込時、**福岡県内で、受験資格に該当する業務に従事している方のみ**ご記入ください。 ※　「現勤務先」とは、法人本部等ではなく、現在受験申込者が勤務している事業所のことを指します。これに該当しない方は、「現勤務先の名称」欄の右にある、「現在就労なし・受験資格に該当する業務に従事していない。」欄の□にレ印を付してください。
⑤受験資格に係る勤務履歴	**・実務経験（見込）証明書を添付している履歴についてのみ記入してください。**必ず、提出される実務経験（見込）証明書の内容と一致することになります。また、同一勤務先で職種に変更があった場合には、欄を別にしてご記入ください。 ・記入欄が、足りない場合は、別途、同様の様式で記入し、添付してください。 ※　過去受験者で実務経験証明書を省略できる方（Ｐ５９参照）は、勤務履歴欄も省略できます。 ・【実務経験内容に見込のある場合】は、合計欄の左にある□にレ印を付してください。実務経験が確定した段階で改めて実務経験証明書の提出が必要です。
⑥所持している法定資格等	・現在、所持している法定資格の番号を資格コード欄に記入してください。欄が足りない場合は、受験申込に関係する法定資格を優先してご記入ください。 ・その他の相談援助業務は「２２」を、その他の介護業務は「２３」を記入し、（　　）の中に介護職員初任者研修、社会福祉主事等の名称を具体的に記入してください。
⑦希望試験会場	・希望する会場の番号を会場コード欄に記入してください。 **※　申込状況によっては希望と異なる試験会場で受験していただく場合があります。**
⑧身体障がいのある人等に対する受験への配慮の希望	・身体障がい等により受験に際して、配慮を希望する場合に、「□有」にレ印を付すとともに該当する障がい区分の項目にレ印を付してください。 受験に際する特別措置の内容は「Ⅵ　身体障がいのある人等に対する受験特別措置」（Ｐ５１～Ｐ５３）のとおりです。 ※　身体障がいのある人等に対する受験への配慮を希望された方につきましては、後日、県担当者より身体障がいのある人等受験特別措置申請書等の必要書類を送付します。

⑨過去に**福岡県**の介護支援専門員実務研修受講試験の**受験票を交付された者**	・過去に**福岡県**の介護支援専門員実務研修受講試験の**受験票を交付された方**は、「平成１０～２８年度福岡県介護支援専門員実務研修受講試験の受験票を交付された者」欄に、**受験年度**、**受験会場**、**受験番号**を記入してください。この場合、実務経験証明書、資格等を証する書類の写し等の書類提出、また、申込書の「受験資格に係る勤務履歴」の記入を省略できます。

[２]写真票

項目	注意事項
①※受験番号	・記入しないでください。
②氏名	・受験者の氏名を記入してください。
③性別	・該当する方を○で囲んでください。
④年齢	・受験申込書提出時点の満年齢を記入してください。
⑤写真貼り付け欄	・写真票の所定の位置に貼付してください。 ①受験申込み３ヶ月以内に撮影したもの ②背景のない**上半身、正面向、無帽**のもの ③本人と明確に判別できる**カラー**のもの ④必ず写真の裏面に氏名を記入してください。 ⑤縦４cm、横３cmの顔写真を貼り付けてください。 ⑥撮影年月日を下の欄にご記入ください。

[３]受験票

※受験票の裏面は、ハガキ（宛先等記載）様式となっています。

項目	注意事項
①※受験番号・※試験会場	・記入しないでください。
②氏名	・受験者の氏名を記入してください。
③受験票の裏面	①所定の位置に**６２円切手**を貼ってください。 ②宛先に受験申込者の住所・氏名を記入してください。 住所は、受験申込書現住所欄に記入した住所を記入してください。 【注意】ハガキの料金が52円から62円に改定されました。 **※　住所記入等の不備により受験票がお手元に届かない場合、一切の責任を負いません。** **※　宛先面に記載している「様」を消したり、「行」に書き換えたりする必要はありません。**

★　重要　★

受験票の裏面は、ハガキ（受講票送付先記載）様式となっています。６２円切手貼付や送付先（現住所）の記入も忘れないようにしてください。

省略受験について（該当者のみ）

過去に、**福岡県**の介護支援専門員実務研修受講試験において**受験票の交付を受けた方**は、**「実務経験証明書」、「資格等を証する書類の写し」**の提出を**省略**することができます。

上記に該当する方は、受験申込書様式中の下段（以下「既受験欄」という。）に**受験した年度**と**受験会場**、**受験番号**を明記してください。

【　注意　】

①　複数回受験されている方は、直近のものを記入してください。

②　**前回受験後に氏名の変更があった方**は、受験申込書の余白欄に旧氏名を記入の上、**氏名の変更の経過がわかる戸籍抄本**を添付してください。

③　過去に見込受験をし、期日までに「実務経験証明書」又は「法定資格等の登録証等の写しなどの添付書類」を送付せず、受験が無効となっている方については、過去受験者に対する書類省略はできません。

④　過去に受験された方であっても既受験欄に必要事項の記入（受験した年度、受験会場、受験番号）がなく、過去受験者との照合ができない場合は、書類省略ができません。

⑤　電話等による過去の受験番号のお問い合わせには応じられません。

○　平成３０年度は、これまで省略受験の対象となっていた方であっても、新受験資格について確認ができないため、省略受験はできません。新規受験者と同様に「実務経験証明書」及び「資格等を証する書類の写し」の提出が必要になります。

○　平成３０年度の受験申込受付期間については、５月中旬～６月中旬に繰り上がる予定となっておりますので、ご留意ください。（全ての方が新規での申し込みとなり、審査に時間を要するため。）

２　領収証紙納付書　－　（様式３）　※　重要

（１）　**巻末の様式３**を切り取り又はコピーして使用してください。

（２）　**８，６００円分の福岡県領収証紙**を領収証紙納付書に貼付して提出してください。

※　はがれないようにしっかりと**裏面全面を糊付け**してください。

※　収入印紙ではないので注意してください。

※　福岡県領収証紙取扱店は、巻末に記載しています。

（３）　**太枠（納入義務者住所氏名）欄のみ記入してください。**

※　この場合納入義務者とは、受験申込者の事をいいます。

（様式３）

領　収　証　紙　納　付　書　　第　　号

科目	２３９６	証紙はりつけ欄
証紙金額	８，６００　円	
記入してください→ 納入義務者住所氏名	住所 氏名	
摘要	介護支援専門員 実務研修受講試験 手　数　料	
受付月日		
受付者印		

8,600円分の
福岡県領収証紙　貼付

受験申込者の
住所・氏名　記入

（　キ　リ　ト　リ　）

【記入上の注意】

・「納入義務者住所氏名」欄に、住所と氏名を記入すること。

・**８，６００円分の福岡県領収証紙**を貼ってください。（セロハンテープ不可）

（※収入印紙ではありません）

【福岡県領収証紙】

※平成２４年４月１日より図柄が変更しておりますが、新旧どちらも使用可能です。
※金種の組み合わせも問いません。

３　資格等を証する書類の写し

巻末に掲載している資格登録証等に係る提出書類一覧を確認の上、該当する資格登録証等をコピーして添付してください。コピーする場合は、**Ａ４の大きさに調整**してください。

※　**国家試験の合格証書とは異なります。**合格証書を添付されても、資格証とは認められません。

※　再交付や氏名等の変更手続きをした場合、裏面に最初の登録日が記載されている場合があります。裏面に記載がある場合は、裏面の写しも添付してください。

◆　資格登録証等の氏名変更や再発行等の手続き中の場合取扱いについて　◆

○　氏名変更や再発行等の手続き中の場合は、**手続き中であることを証明する書類**（申請書の控えの写しなど）を受験申込書と併せて送付してください。

○　ただし、この場合は**「見込」受験**となります。諸手続きが完了次第、速やかに当該資格登録証等の写しを提出してください。

○　また、遅くとも**平成 29 年 10 月 18 日（水）（消印有効）**までに（公社）福岡県介護支援専門員協会に郵送にて提出してください。

※　提出にあたっては、郵便事故など考慮し、簡易書留等での送付をお勧めします。

○　正式な書類が届かない場合には受験無効となります。

４　戸籍抄本　（該当者のみ）

結婚等により受験申込書と添付書類の氏名が異なっている場合は、経過のわかる戸籍抄本を添付してください。

※　経過のわかる戸籍抄本は、**添付書類の氏名と現在の氏名が両方記載されているもの**が必要です。

※　必ず、**原本を送付**してください。

５　開業許可書、認可書、届出書等の写し　（該当者のみ）

医院の医師や薬局の薬剤師が自身で開業している場合等、実務経験証明者と申込者本人が同一の場合は、開業許可書、認可書、届出書、業務委託契約書等の書類の写しを添付してください。（Ｐ６２をご参照ください。）

６　実務経験（見込）証明書　－　（様式２）

（１）　実務経験（見込）証明書の事業所等への作成依頼

実務経験（見込）証明書は、受験資格に該当する**事業所等の証明権限を有する方（以下、証明権者）が記入**する書類です。**受験申込者は、本項だけでなく、Ｐ６４～Ｐ６７に掲載している証明権者向けの記入要領も含め、全ての記入要領を熟読し、よく理解された上**で、実務経験（見込）証明書の作成を依頼してください。

また、実務経験（見込）証明書は、巻末の**様式２をコピー**の上、証明権者（若しくは担当者）にお渡しください。併せて、**証明権者向けの記入要領（Ｐ６４～Ｐ６７）もコピー**の上、お渡しください。

（２）　記入要領等

①　記載は、**黒色ボールペンを使用**し、**楷書で正確に記入**してください。

記入を間違えた場合は、二重線で消し、訂正印として証明権者の公印を押してください。記入担当者、受験申込者の印での訂正は認められません。

②　実務経験（見込）証明書は、巻末の様式２をコピーしてご使用ください。

※　実務経験（見込）証明書は、（公社）福岡県介護支援専門員協会のホームページ（http://fukuoka-cm.jp/）からもダウンロードできます。必要に応じて証明権者に利用いただくようお伝えください。

③　２カ所以上の施設（事業所）を通算して、実務経験を満たす場合には、**施設（事業所）毎の実務経験（見込）証明書の提出が必要**です。

※　法人内での異動や職種変更の場合も、それぞれに対する証明書が必要です。

④　書類内容の確認のため証明権者（若しくは担当者）へ直接、連絡させていただく場合がありますので記入担当者の連絡先もご記入ください。

⑤　**法定資格に基づく業務の場合、その有効期間は、資格登録証等に記載されている登録日以降**となります。当該事業所等に資格登録証等の写しなどを渡していない場合には、資格登録証等の写し等を提示してください。

⑥　医院の医師や薬局の薬剤師が自身で開業している場合等、**実務経験（見込）証明者と受験申込者が同一の場合**は、実務経験（見込）証明書と併せて開業許可書、認可書、届出書、業務委託契約書等の**客観的に証明できる書類の写し（注）**を添付してください。

> **（注）**　個人で開業するにあたって、必要な許認可や届出をした際にそれが受理されたことを証明する書類（開設地・開設年月日がわかるもの）です。
>
> 例）医院の場合は、医療法第８条による診療所開設届の写し
>
> 例）薬局の場合は、薬局開設許可証の写し
>
> 例）介護保険指定事業所の場合は、指定通知書の写し

★ 実務経験を「見込」で証明する場合の注意事項 ★

○ 受験申込書提出時点で、必要な実務経験を満たさず、最長平成２９年１０月７日（試験日の前日）までで達する見込みの方は、「実務経験**見込**証明書」となります。「見込」証明の場合は、様式中の「□見込による証明」欄の□にレ印を付けます。

○ 該当者は、**必要な実務経験を満たした時点で、速やかに確定した「実務経験証明書」を改めて提出**が必要です。**送付期限は平成２９年１０月１８日（水）（消印有効）までです。**

○ 確定した「実務経験証明書」の**提出がない場合は、受験は無効**となりますので、十分にご注意ください。

○ **既に受験資格に係る実務経験を満たしている方でも、実務経験証明書における「該当業務従事期間」の終了日が証明日を超えている場合には、「実務経験見込証明書」となります。**

例：証明日　平成２９年６月１０日
該当業務従事期間　平成２１年４月１日～**平成２９年６月３０日**　（８年３カ月）
→　この場合は、受験資格に係る実務経験を十分に満たしていても、該当業務従事期間の終了日が、証明日を超えているため**「見込」証明**となります。

（３）　その他

① 旧受験資格における「ボランティア等の公的サービス以外のサービスを行う団体において介護等の業務を行っている者」は、当該団体の概要及び市町村ボランティアセンター等に登録されている団体についてはその旨の書類を実務経験証明書に添付してください。

② 旧受験資格における「民間事業者によるサービス指針（ガイドライン）を満たすと認められるものにおいて、相談援助業務・連絡調整業務に従事している者」の該当者には、後日、該当サービスの確認証明書を送付します。本証明書については、証明権者等に必要事項を記入してもらった上、指定期日までに返送してください。

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、給与明細書、雇用契約書等、実務経験を確認する書類、受験年度以前に作成された実務経験証明書をもって受験資格の確認ができれば受験資格を有すると判断します。ただし、書類内容によっては、受験資格を有すると判断できない場合もありますのでご了承ください。

過去に受験票の交付を受けた方は、実務経験証明書を省略することができます。（Ｐ５９参照）

④ 介護保険法第６９条の３９第１項第２号により、不正の手段により登録を受けた場合は、介護支援専門員の登録を消除する旨の規定が定められていますのでご注意ください。

実務経験（見込）証明書の証明権者のみなさまへ

※　受験申込者は、巻末の実務経験（見込）証明書（様式２）のコピーと併せ、本記入要領（Ｐ６４～Ｐ６７）もコピーし、証明権者に渡してください。

実務経験（見込）証明書　　記入要領　（　施設・事業所用　）

実務経験（見込）証明書は、受験申込者が平成２９年度福岡県介護支援専門員実務研修受講試験を受験するにあたって重要な書類となります。以下の要領を読んで間違いのないようご記入ください。

なお、実務経験（見込）証明書の様式や記入要領などは、（公社）福岡県介護支援専門員協会のホームページ（http://fukuoka-cm.jp/）上でも掲載しております。実務経験（見込）証明書の様式は、このホームページからダウンロードすることもできますのでご活用ください。

また、実務経験（見込）証明書は、受験申込書などの受験申込書類受理後は、お返しすることができません。補正など必要になった場合には、改めて、記入の上、ご提出いただくことになりますのでご了承ください。

（１）　証明権者等

○　証明をしていただくのは、受験申込者が勤務した法人等の代表者又は施設等の長等、証明権限のある方です。

○　印欄には、証明権者の公の印を押印して下さい。個人経営等で個人印を公印（職印）として使用されている場合は、備考欄にその旨記入してください。

（２）　証明権者等への連絡

○　記入内容に不明な点などある場合には、確認のため証明権者の方等に連絡を差し上げることがあります。連絡先電話番号を必ずご記入ください。

○　証明権者の他に記入担当者がいる場合には、記入担当者名も併せてご記入ください。

（３）　記入内容の訂正

○　記入内容を訂正する場合は、必ず、証明権者の公の印を訂正印として押印してください。それ以外（修正液や担当者の個人印等）による訂正は認めませんのでご注意ください。

（４）　実務経験の「見込」での証明

○　受験申込者が申込日時点で受験資格における該当従事期間及び日数を満たさない場合、試験日前日（平成２９年１０月７日）を限度として、実務経験「見込」証明書を提出することができます。実務経験「見込」証明書とする場合には、「□見込による証明」の□にレ印を付してください。

○　「見込」証明書を提出した場合、必要な実務経験を満たした時点で、速やかに確定した「実務経験証明書」を改めて作成し、提出していただくことになります。

送付期限は平成２９年１０月１８日（水）（消印有効）までです。

※　書類等の提出（送付）は、全て受験申込者が行うことになります。

※　受講申込者が送付期限までに確定した「実務経験証明書」の提出しない場合は、受験は無効となります。

（５）　証明日

○　証明日は、実務経験（見込）証明書を作成した日となります。

※　確定分の実務経験証明書（「見込」ではない）の場合、様式中にある「該当業務従事期間」の終了日は、最大でも証明日までとなります。該当業務従事期間の終了日が、証明日を超えている場合には、受験資格に係る業務従事期間・日数が条件を満たしている場合であっても「見込」の証明となりますのでご注意ください。

（６）　勤務先施設又は事業所の名称、所在地

○　受験申込者が現に勤務している（過去に勤務していた）施設又は事業所の名称、所在地を記入してください。同一法人であっても勤務先等が異なる場合には、それぞれの勤務先等における実務経験（見込）証明書が必要です。

（７）　施設の種別

○　当該施設、事業所の種別について具体的に記入してください。

○　施設の種別等については、受験申込者が所持している受験申込要領の受験資格別表２～別表３（Ｐ３３～Ｐ５０）を参照してください。（ホームページにも掲載しています。）

（８）　介護保険・障害者福祉サービス事業所番号

○　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事業所番号をご記入ください。

（９）　職種名・法定資格名・資格登録証登録日

○　法定資格に基づく業務の場合は、職種名と併せて、当該法定資格名及び当該資格登録証の登録日を記入してください。

※　法定資格に基づく業務の場合は、資格登録証等に記載されている登録日以降から有効となります。

※　施設・事業所等に受験申込者の資格登録証等の写し等がない場合には、受験申込者本人に直接ご確認ください。

○　職種名は配置基準に基づく公的な名称を記入してください。職種名については、受験申込者が所持している受験申込要領の受験資格別表２～別表３（Ｐ３３～Ｐ５０）を参照してください。（ホームページにも掲載しています。）

○　職務を兼務している場合には、主たる業務の職種を記入してください。

※　受験資格に該当する職務（例：生活相談員）と受験資格に該当しない職務（例：事務職）を兼務しており、その主たる職務が受験資格に該当しない職務（例：事務職）の場合、実務経験としては該当しませんのでご注意ください。

（１０）　主な業務内容

○　受験資格に該当する主な業務内容は、要援護者に対する直接的な対人援助であることが条件となっています。

○　主な業務内容欄中の該当業務の□にレ印を付してください。

○　主な業務内容欄中の「□その他」にレ印を付した場合は、その（　）内に具体的な業務内容を記入してください。この場合であっても、要援護者に対する直接的な対人援助である業務であること

が受験資格の条件となります。

（例：ドラッグストアで薬剤師として勤務している場合、主な業務が商品管理やレジ打ち等の場合、受験資格としては該当せず、実務経験の従事期間・日数に加えることができません。主な業務が薬の相談・服薬指導の場合は、「罹患者の症状に合わせた薬の相談及び服薬の指導」等、要援護者に対する対人の直接的な援助業務である事が明確になるよう具体的に記入してください。）

（１１）　該当業務従事期間

○　雇用期間ではなく、該当業務に従事した期間（受験資格である、要援護者に対する直接的対人援助業務を行っていた期間）を記入してください。

○　病気休暇・育児休暇（ただし、産前産後休暇は含みます。）・介護休暇等の休職期間は除きます。

○　法定資格に基づく業務の場合は、資格登録証等に記載の資格登録日以降が有効となります。

○　「見込」証明の場合、従事期間の終了日の最長は、平成２９年１０月７日（試験日前日）です。

（１２）　該当業務に従事した日数

○　該当業務従事期間のうち、実際に該当業務に従事した日数を記入してください。

○　休日・休暇・病気・研修・出張等で該当業務に従事しなかった日数は除きます。

○　記入にあたっては、「◇◇日以上」という記入も認めますが、この場合、該当業務に従事した日数は、◇◇日として算定致します。

（例：「９００日以上」→　記入としては認めます。ただし、該当業務に従事した日数としては「９００日」ということで算定します。）

（１３）　備考

○　派遣勤務の方、休職期間のある方、事業所が廃業している方、法人名・事業所名が途中で変更している方等は、その内容がわかるようにこの欄に記入してください。

（例：「株式会社○○から、介護老人保健施設△△へ介護職員として派遣」「◆◆事業所は平成 20 年に廃業した為、相続人＊＊が相続した記録をもとに証明した」等）

○　個人印を公印として使用されている場合も、この欄に記入してください。

（例：「個人経営の為、代表者の個人印を公印として使用している」等）

（１４）　その他

○　旧受験資格において「ボランティア等の公的サービス以外のサービスを行う団体において介護等の業務を行っている者」は、当該団体の概要及び市町村ボランティアセンター等に登録されている団体についてはその旨の書類を実務経験証明書に添付することになりますので、当該添付書類を受験申込者に渡してください。

○　旧受験資格において「民間事業者によるサービス指針（ガイドライン）を満たすと認められるものにおいて、相談援助業務・連絡調整業務に従事している者」の該当者には、後日、受験申込者に該当サービスの確認証明書を送付致しますので、改めて、記入の上ご提出ください。

○　介護保険法第６９条の３９第１項第２号により、不正の手段により登録を受けた場合は、介護支援専門員の登録を消除する旨の規定が定められていますのでご注意ください。

記入例

※この用紙は、必 … 下さい

どちらかの□に
レ印を入れてください。

平成29年度福岡県介護支援専門員実務研修受講

実 務 経 験 証 明 書 （ □確定した証明 ・ □見込による証明 ）

福岡県知事　殿

※証明書が確定分か、見込かどちらかにレ印を付してください。
※下記従業期間欄の終了日が、証明日を超える場合、
□にレ印がなくとも「見込」証明となります。ご注意ください

実務経験（見込）証明書記入要領をご覧の上、ご記入ください。
尚、本様式、… 社）福岡県介… のホームペー… ます。

必ず、記入してください。

法人等団体名	社会福祉法人　△△会
代表者職・氏名	理事長　○○　○○
所在地	☆☆市○○町１－１－１
記入担当者氏名	◆◆　◆◆
連絡先電話番号	０９＊　－　＊＊＊　－　＊＊

社会福祉法人△△
理事長乃印

必ず、記入してください。

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。　**証明日**　**平成 29 年 7 月 1 日**

ふりがな	ふくし　はなこ	性 別	生 年 月 日		
受験者氏名	福祉　花子	男 ・ 女	昭和 ・ 平成 ４５ 年 ○ 月 □ 日		
勤務先施設又は事業所の名称	社会福祉法人△△会　特別養護老人ホーム　○○苑				
	※同一法人等であっても勤務先施設・事業所が異なる場合は、施設等毎に証明書を発行してください。				
勤務先施設又は事業所の所在地	〒０００－＊＊＊＊ 福岡県☆☆市○○町１－１－１				
	※法人（本部等）所在地ではなく、実際に実務に従事している（又はしていた）事業所等の所在地を記入してください。				
勤務先施設又は事業所の種別	特別養護老人ホーム	介護保険・障害者福祉サービス事業所番号	0000000001		
職種名	介護職員	法定資格名（ヘルパー等除く）	介護福祉士	左記資格登録日	H23.5.1
	※各職場の通称ではなく、配置基準に基づく、公的な名称を記入してください。 ※法定資格名が職種名となる場合は、当該資格登録証の登録日以降が従業期間の開始日となりま…				
主な業務内容（該当業務の□にレ印を付してください。）	要援護者に対する直接的な対人援助である、 ☑身体介護を主とした介護業務　□相談… □診療等に係る業務　□機能訓練に係る業… □その他（ 具体的に ：				
	※要援護者に対する対人の直接的な援助ではない研究業務、事務業務等を行っているような期間… 含まれませんのでご注意ください。				
該当業務従事期間	昭和 ・ 平成　24 年　5 月　1 日から 昭和 ・ 平成　29 年　6 月　30 日まで	従事期間通算	5年　2ヶ月　0日		
	※雇用期間ではなく、実際に該当業務に従事された期間を記入してください。 ※法定資格に基づく業務の場合、資格登録日以降が従事期間となります。 ※病気休暇・育児休暇（産前産後休暇は含む。）・介護休暇等休職期間は除きます。 ※見込の場合、期間の終了日の最長は、平成29年10月7日（試験日前日）です。				
該当業務に従事した日数	1050　日	左記に「●●日以上」と記入しても差支えありませんが、その場合、「●●… きます。			
備考					

資格登録証等に記載の登録日をご確認ください。

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事業所番号をご記入ください。

従事期間の終了日が証明日を超えている場合は「見込」証明になります。

（例）証明日が平成 29 年 7 月 1 日の場合の該当業務従事期間の終了日
①平成 29 年 6 月 30 日→（確定した証明）
②平成 29 年 7 月 31 日→（見込による証明）

備考欄を活用ください。
○公印が個人印の場合
○派遣勤務の場合
○産休や休職期間がある場合
○事業所が廃業や名称等が変更になっている場合　等

★… …職期間のある方、… …た方、個人印を職
…方等は、こちらに… …く読んでご記入… …さい（HPにも掲載）
…無効とします。必ず団体・法人等の証明権限を有する方が記入してください。
…有効）までに確定した実務経験証明書を再度作成依頼し、必ず提出してください。
…号により、不正の手段により登録を受けた場合は、介護支援専門員の登録を消除する旨
…ださい。

記入例

必ず記入要領をよく読んでご記入ください。

楷書で正確に記入してください

（様式1） 平成29年度福岡県介護支援専門員実務研修受講試験受験申込書

※印欄は記入しないこと

福岡県知事　殿

記入不要 → ※整理番号

記入不要 → ※受験番号

福岡県介護支援専門員実務研修受講試験を受験したいので関係書類を添えて申し込みます。

ふりがな	ふくし	はなこ	性別	生年月日
氏　名	福祉	花子	男・(女)	(昭和)・平成45年　○月　◇日　生
ふりがな	ふくおかけん　☆☆し　○○まち　3−2　しえんじゅうたく105ごうしつ			
現住所及び電話番号	〒000-0000 福岡県　☆☆市　○○町３－２　支援住宅１０５号室 電話［ 09＊　－　＊＊＊　－＊＊＊　］　日中連絡先［ 09＊　－　＊＊＊　－　＊＊＊　］			
現勤務先名称	社会福祉法人△△会 特別養護老人ホーム　○○苑		現在就労なし・受験資格に該当する業務に従事していない。	□
現勤務先住所及び電話番号	〒000-0000 福岡県　☆☆市　○○町１－１－１ 電話［ 09＊　－　＊＊＊　－　＊＊＊　］			

日中連絡先を必ず、記入してください。

申込日現在、福岡県において受験資格に該当する業務に従事している場合のみ記入してください。

受験資格に係る勤務履歴	勤務先等の名称	勤務時職種	勤務期間	勤務年月	実従事日数
	現勤務先に同じ	介護職員	24年5月　1日から 29年6月30日から	5年　2ヶ月	1050日
			年　月　日まで	年　ヶ月	日
			年　月　日から 年　月　日まで	年　ヶ月	日
	実務経験が見込の場合】見込証明書を提出したの 、確定分をH29.10.18(水)までに提出します。		□　合　計	5年　2ヶ月	1050日

職種名が法定資格名の場合、資格登録証等の登録日以降が実務経験として有効になります。

実務経験（見込）証明書のとおり、記入してください。

実務経験証明書を見込で提出する場合、下記を確認の上、□にレ印をしてください。

その他の相談援助業務は「22」、その他の介護業務は「23」を記入し、左側の（　）の中に具体的にご記入ください。
例）介護職員初任者研修、社会福祉主事

合計欄は、必ず、記入してください。端数日数が30日になれば、1ヶ月として計算できます。履歴欄が足りない場合は、同様の様式を別途作成の上記入してください。

所持している法定資格等 ※新規の場合写しを提出。過去受験者は提出不要。	01.医師　02.歯科医師　03.薬剤師　04 09. あん摩マッサージ指圧師　10. はり 14.言語聴覚士　15. 視能訓練士　16. 19.介護福祉士　20.社会福祉士　21.精神保健福祉士　22.その他の相談援助業務　23.その他の介護業務				
	その他（　　）	資格コード	19		
希望試験会場	際大学	会場コード	1		
	会場で受験していただく場合があります。				
身体障がいの配慮の希望	□有	□視覚障がいのある人　□肢体不自由者 □聴覚障がいのある人　□病弱者			

所持している法定資格の数字を記入してください。枠が足りない場合は、受験申込に関係する法定資格を優先してください。

希望試験会場の数字を記入してください。

平成10～28年度　福岡県介護支援専門員実務研修受講試験の受験票を交付された者（無効者を除く。）

旧姓：○○　　平成（ 28 ）年度 ／ 会場（ 福岡大学 ）／ 受験番号（ 012−00000 ）

過去受験時と氏名が異なる場合、旧姓を余白に記入してください。

本欄の記載がなければ、過去受験者としてみなされません。

※必要事項の記載がない場合、受験申込が無効となることがありますのでご注意ください。

切り離さないでください

平成29年度　福岡県介護支援専門員実務研修
受講試験　　写真票

※受験番号	
氏　　名	福祉　花子
性　　別	男 ・ 女
年　　齢	47

太枠のみ記入してください。

太枠欄 [　　] についてご記入ください。（※欄は記入不要）

写真貼り付け欄

申込３ヶ月以内撮影
(上半身、無帽、正面向)

カラー写真

縦4cm×横3cm

写真の裏に氏名を
記入すること

- カラーの顔写真を貼り付けてください。
- 写真の大きさは、縦4cm×横3cm です。
- 写真は、上半身、正面向、無帽にしてください。
- 写真は、はがれないようにしっかりと貼り付けてください。
- 写真がはがれたときに備え、写真の裏に氏名を記入してください。

（撮影年月日：平成 29 年　〇月　〇　日）

撮影年月日も忘れずに記入してください。
写真は申込日から３カ月以内のものです。

□試験監督員確認欄

切り離さないでください

平成29年度　福岡県介護支援専門員実務研修
受講試験　　受験票

（平成29年10月８日　午前10時試験開始）

※受験番号	
氏　　名	福祉　花子
※受験会場	

太枠のみ記入してください。

太枠欄 [　　] についてご記入ください。（※欄は記入不要）

★注意★

この受験票は、受験資格がある方に対してハガキとして送付します。
裏面に送付先住所（申込書の現住所と同じ）、氏名を必ず記入してください。

また、裏面には、併せて62円切手も忘れずに貼り付けてください。

受験上の注意

1．午前９時４０分までに試験会場に入室してください。
　（ただし、午前９時１５分までは入室できません。）
2．受験票は机の通路側に置いてください。
3．係員の指示に従わない場合は退場を命じます。
4．**筆記用具（ＢまたはＨＢの鉛筆、プラスチック消しゴム）**を持参してください。（砂消し、練消し等は使用不可。）
5．答案用紙は光学式読取機で採点しますので、丁寧にマークしてください。（マークが薄い、枠から極端に出ている場合等読み誤りをする場合があります。）
6．携帯電話は持込禁止。時計機能としても使用できません。
7．試験日の１週間前を目途に試験会場の見取図等を県ホームページに掲載します。（個別対応は行いませんのでご了承ください。）
8．**試験会場には駐車場がありません。必ず公共の交通機関を利用してください。車の乗り入れ、送迎は固く禁止します。**
（路上駐車は地元住民に迷惑をかける他、警察署からも固く禁じられています。また、**近隣店舗等へは絶対に駐車しないでください。**）