

様式 1

(コピーをして使用してください)

令和2年度鳥取県介護支援専門員実務研修受講試験受験申込書

社会福祉法人
鳥取県社会福祉協議会長 様

※受験番号	
※申込番号	

※上欄(受験番号・申込番号)は記入しないでください。

下記のとおり申し込みます。

申込年月日	令和 年 月 日	※裏面中央に受験手数料払込受領証のコピーを貼付	
希望する受験会場	1 東部会場		2 西部会場
身体障がい等による受験に際しての配慮の必要性	1 必要あり ()		2 必要なし
フリガナ		生年月日	
名前	姓	名	昭和・平成 年 月 日
現住所 (住民票住所)	〒□□□—□□□□ 電話 () — 携帯 () —		
勤務先名称	※法人名から記入してください		
所在地	〒□□□—□□□□ 電話 () — 鳥取県		
平日昼間の連絡先	1 勤務先 2 携帯 3 自宅 4 その他(電話:)		
法定資格等	次の1～21の法定資格等を有している場合は、その番号を○で囲み、免許証等の写しを提出すること。		
	1 医師 2 歯科医師 3 薬剤師 4 保健師 5 助産師 6 看護師 7 准看護師 8 理学療法士 9 作業療法士 10 視能訓練士 11 義肢装具士 12 歯科衛生士 13 言語聴覚士 14 あん摩マッサージ指圧師 15 はり師 16 きゅう師 17 柔道整復師 18 栄養士(管理栄養士を含む。) 19 社会福祉士 20 介護福祉士 21 精神保健福祉士 22 別表1に掲げる相談援助業務に従事		
平成30年度以降の鳥取県での受験の有無	1 受験した(年度) 2 受験していない ※1に○をした人は下記の「実務経験」欄を空欄にしてください。		
実務経験	施設又は事業所の名称	業務(見込)期間(実務経験証明書と内容が一致するようにご記入ください。)	従事日数
	①	年 月 日～ 年 月 日(年 月)	日
	②	年 月 日～ 年 月 日(年 月)	日
	③	年 月 日～ 年 月 日(年 月)	日
	④	年 月 日～ 年 月 日(年 月)	日
	⑤	年 月 日～ 年 月 日(年 月)	日
合計		(年 月)	日

※この申込書に記載されている個人情報については、この試験の運営管理のみに使用します。