

令和2年度鳥取県介護支援専門員実務研修受講試験

写 真 票

※ 受験番号	
※ 申込番号	
フリガナ 名 前	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生

※印欄(受験番号・申込番号)には記入しないでください。

カラー写真貼付
(4cm×3cm)

上半身無帽
正面向き

6か月以内に
撮影したもの

年 月 撮影