

令和8年度 熊本県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

一般財団法人 保健福祉振興財団 様

令和8年度 熊本県介護支援専門員実務研修受講試験を受験希望のため、『受験申込案内』を確認の上、関係書類を添えて申込みます。

なお、下記の内容並びに関係書類の記載事項は、事実と相違ありません。

◆受験申込者情報

フリガナ				記入日	令和 8年 6月 日
氏名	姓	名		生年月日	昭和・平成 年 月 日生
現住所	〒 —				
保有資格	G		G		G
日中の連絡先	携帯電話	—	—	※携帯電話番号をお持ちでない方は、自宅の電話番号を入力ください	
Eメールアドレス	@				

◆現在の勤務先 ※ 受験対象となる業務に  従事している ・  従事していない

法人等団体名				勤務先コード	K
勤務先	名称				
	住所	〒 —			
	電話番号	—			
業務	区分	業務コード	登録年月日	職種名	
※いずれかに○ ※別表A・Bをもとに コードを記入。	A. 法定資格に基づく業務	G	昭和 平成 令和 年 月 日		
	B. 施設等において 必置とされている 相談援助業務	G	—		

◆受験資格となる実務経験 ※「様式4 実務経験証明書」の内容を照合して、記入してください。

受験歴の有無 ※いずれかに○。	平成30年度以降に熊本県 介護支援専門員実務研修 受講試験を受験したこと	無し(初受験者)	受験履歴(再受験者のみ)	
		有り(再受験者)	年度	都道府県名

実務経験 ※古い順に記入。 ※平成30年度以降の 再受験者は 記入不要。 ※【実務経験が見込の 場合】確定分を 令和8年10月30日 (金)<必着> までに提出して ください。	勤務先等の名称	職種名	従事期間(開始・終了日)	従事期間	従事日数
			年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日	日
			年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日	日
			年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日	日
			年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日	日
			年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日	日
			年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日	日
	合計			年 月 日	日

◆受験への配慮の希望

受験への 配慮の希望 ※希望の場合は○。	有り	<input type="checkbox"/> 点字問題・解答用紙 希望 <input type="checkbox"/> 車いす持参使用での受験 希望 <input type="checkbox"/> 拡大文字問題 希望 <input type="checkbox"/> 音声問題(カセットテープまたはCD) 希望 <input type="checkbox"/> その他 ( )
----------------------------	----	--

※ 必要事項の記載がない場合、受験申込みが無効となる場合がありますので、ご注意ください。

本受験申込みで知り得た個人情報、本試験関連業務以外には使用しません。