

令和7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7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 7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	— —	自宅電話	— —
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
名 称				K
住 所	〒 —			
電話番号	— —			
業 務 ※いずれかに○ ※別表A・Bをもとに コードを記入。	区 分	業務コード	登録年月日	職 種 名
	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) 年 度 都道府県名	
			有り(再受験者)	年 度	
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7年10月31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	☐ 点字問題・解答用紙 希望 ☐ 車いす持参使用での受験 希望 ☐ 拡大文字問題 希望 ☐ 音声問題(カセットテープまたはCD) 希望 ☐ 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ことがありますので、ご注意ください。

本受験申込みで知り得た個人情報とは、本試験関連業務以外には使用しません。