様式3

令和5年度
熊本県介護支援専門員実務研修受講試験

受験整理票

受験番号	※記入しないでください。

◆受験申込者情報

フリガナ		
氏　名	姓	名

撮影年月
令和　　年　　月

［注意］
1. 縦:45mm×横:35mm
（ふちなし・カラー写真）
2. 正面、無帽、無背景
3. 6ヶ月以内に撮影したもの

① 本票は、試験当日に本人であることを確認するためのものです。
② 顔写真の大きさは、縦:45mm・横:35mm（パスポート申請用と同一）です。正面・無帽・無背景・ふちなし・カラー写真を使用してください。
③ 6ヶ月以内に撮影したものを貼付けてください。
④ 受験時、眼鏡等を着用する方は、着用した写真を貼付けてください。
⑤ 写真の貼付けにあたっては、必ず、記入要領に従ってください。
⑥ 写真に不備がある場合、お申込みは受け付けません。

※ 切らずにそのまま（A4サイズ）ご提出ください ※

本受験申込みで知り得た個人情報は、本試験関連業務以外には使用しません。