

受験申込書記入例② 【見込受験】の場合

第23回（令和2年度）奈良県介護支援専門員実務研修受講試験 受験申込書

社会福祉法人奈良県社会福祉協議会 会長 様

令和2年 6月 30日

下記に記載した内容は事実と相違ありません。受験手数料9,800円を貴協議会に払い込み、関係書類を添えて、第23回（令和2年度）奈良県介護支援専門員実務研修受講試験の受験を申し込みます。

フリガナ 受験者氏名 (自署又は記名押印)	カシハラ 檀原	タロウ 太郎	印	性別 男・女	生年月日 昭和 平成	
現住所	〒 634-0061 奈良県橿原市大久保町1-2-3		日中ご連絡可能な番号を必ずご記入ください。			
	電話 0744 (00) 0000	FAX 有 無	携帯電話 090-0000-0000			
現在の勤務先	法人名	施設・事業所名	現職種名			
	医療法人登大路	登大路クリニック	看護師			
所在地	〒 630-8213 奈良県 奈良市登大路町1-1					
	電話 0742 (00) 0000	FAX 0742 (00) 0001				
身体障害等による受験に際しての配慮の希望 (いずれかに○を付す) 1. 必要 (内容) 2. 不要						
受験資格 ※実務経験証明書の添付が必要	国家資格等 (別表1に該当する方) ※国家資格免許 (登録) 証の写しの添付が必要		実務経験コード ※p6から記入	資格取得 (登録) 年月日	見込受験 ※免許証等の提出後日の場合○を付す	
	看護師		1006	昭和 平成 令和 平成	27年 8月 20日	
	《重要》 実務経験の算入は資格登録年月日以降					
	勤務先等の名称		従事 (見込) 期間 (上から古い順に)		従事年月 ※1月未満切捨	従事日数
	① 介護老人保健施設檀原		昭 平 令 27年8月20日 ~ 昭 平 令 29年 3月 31日		在職 退職	1年 7月 342日 間
② 登大路クリニック		昭 平 令 29年4月1日 ~ 昭 平 令 2年10月 1日		在職 退職	3年 6月 585日 間	
③		昭 平 令 年 月 日 ~ 昭 平 令 年 月 日		在職 退職	年 月 日 間	
④		昭 平 令 年 月 日 ~ 昭 平 令 年 月 日		在職 退職	年 月 日 間	
⑤		昭 平 令 年 月 日 ~ 昭 平 令 年 月 日		在職 退職	年 月 日 間	
見込受験希望 ※実務経験内容に見込がある場合は右欄に○を付す		実務経験見込証明書を提出したので、当該の実務経験証明書は令和2年10月23日(金)までに提出します。		合計	5年 1月 927日 間	
実務経験証明書省略受験者 ※平成30年度または令和元年度に奈良県において受験申込を行い、受験票の交付を受けた方で実務経験証明書の省略をする場合は右欄を記入。		受験年度	平成30年度 (第21回)	令和元年度 (第22回)	省略受験者は、様式3-1「受験資格確認書」及び様式3-2「在職証明書」(現当業務に従事されている場合)又は票 (現在該当業務に従事されていない場合)を添付	
《重要》 実務経験を「見込」で受験する場合は、この欄に○を付してください。 ※この場合は、令和2年10月23日(金)(当日消印有効)までに確定した「実務経験証明書」原本を郵送または持参により提出してください。 ※提出がない場合、受験は無効になります。						

【注意】

- この受験申込書は、2枚の複写式に記入してください。
- 「受験者氏名」欄に記入する氏名は、戸籍簿に記載の文字を使用してください。自署または記名押印してください。
- 申込書の記入内容・添付書類等に不備があった場合は、受理できない場合がありますので、必ず確認の上、お申込みください。
- 受験資格に該当する業務に従事する実務経験期間及び年月、日数を、実務経験証明書等を添付し、証明いただく必要があります。受験資格に該当しない従事期間は必ず除外してください。
国家資格保有者は、別表1(P6)に定める国家資格登録日以降の実務経験期間及び年月、日数を記載してください。(過去の勤務先だけで必要期間を満たしていても)現在の勤務先からは必ず、実務経験証明書を提出してください。
- 実務経験証明書の省略受験については、p4をご確認ください。