

令和6年度 愛媛県介護支援専門員実務研修受講試験受験申込書

2024年 月 日

愛媛県社会福祉協議会会長 様

※受付番号	※措置	※受験番号

フリガナ			生年月日	年 (西暦)	月	日
氏名						
現住所	〒 -					
	自宅TEL ()	-	携帯電話 ()	-		

○身体障がい等の有無 (妊娠、持病等受験に際しての配慮が必要な方もご記入ください。)

身体障がい等の有無	1. 有 2. 無	受験に必要な配慮の有無	1. 有 2. 無
配慮の具体的内容			

○従事予定調査 (記入日時点での予定について該当する数字に○をつけてください。)

介護支援専門員業務への従事開始時期	1. 2025年4月～ 2. 2026年4月以降 3. 従事予定なし
-------------------	------------------------------------

○勤務先

勤務状況 (どちらかに○)	1 現在、勤務している (現勤務先等を記入の上、実務経験 (見込) ・在籍証明書添付)			
	2 現在、勤務していない (住民票添付)			
現勤務先	法人名		職種名	
	事業所名		業務内容	
	事業所所在地	〒 -		
		事業所TEL ()	-	事業所FAX ()

○受験資格に該当する法定資格 (下の資格番号一覧①から該当する番号等を確認して記入してください。)

資格番号	資格名称	取得 (登録) 年月日
		西暦 年 月 日
		西暦 年 月 日
		西暦 年 月 日

◆受験資格が法定資格以外の場合は、下の資格番号一覧②から該当する番号等を確認して記入してください。

資格番号	職種 (対象事業及び施設)

○愛媛県介護支援専門員実務研修受講試験受験歴 (下記の該当するすべての年度に○をつけてください。)

愛媛県における平成30年度以降の受験歴 (平成29年度以前の受験歴は、受験歴とみなされません。)	1. 平成30年度 ・ 2. 令和元年度 ・ 3. 令和2年度 4. 令和3年度 ・ 5. 令和4年度 ・ 6. 令和5年度
--	---

○実務経験年数等 (下の資格番号一覧①・②から該当する番号等を確認して記入してください。)

資格番号	勤務先等の名称	資格又は職種	従事期間 ※法定資格登録日以降の従事期間を算出	従事日数
			西暦 年 月 日～ 西暦 年 月 日 (通算: 年 月 日)	日間
			西暦 年 月 日～ 西暦 年 月 日 (通算: 年 月 日)	日間
			西暦 年 月 日～ 西暦 年 月 日 (通算: 年 月 日)	日間

通算の従事期間は 年 か月 日間となり、合計の従事日数は 日間です。

資格番号一覧① [法定資格保有者の資格番号・資格名称]

01医師 02歯科医師 03薬剤師 04保健師 05助産師 06看護師 07准看護師 08理学療法士
09作業療法士 10社会福祉士 11介護福祉士 12視能訓練士 13義肢装具士 14歯科衛生士 15言語聴覚士
16あん摩マッサージ指圧師 17はり師 18きゅう師 19柔道整復師 20栄養士(管理栄養士) 21精神保健福祉士

資格番号一覧② [相談援助業務に従事する者の資格番号・職種 (対象事業及び施設)]

22生活相談員 (特定施設入居者生活介護) 23生活相談員 (地域密着型特定施設入居者生活介護)
24生活相談員 (地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護) 25生活相談員 (介護老人福祉施設)
26支援相談員 (介護老人保健施設) 27生活相談員 (介護予防特定施設入居者生活介護)
28相談支援専門員 (指定計画相談支援事業) 29相談支援専門員 (指定障害児相談支援事業)
30主任相談支援員 (生活困窮者自立相談支援事業)

(注) ※の欄は記入しないでください。