

令和7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

2025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. 2026年4月～ 2. 2027年4月以降 3. 従事予定なし
-------------------	------------------------------------

○勤務先

現 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）		
	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 7. 令和6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。