

(記入例1) 資格取得見込みで申込む場合

第21回兵庫県介護支援専門員実務研修受講試験 受験申込書

氏名	姓フリガナ	ヒョウゴ	名フリガナ	ハナコ	性別	生年月日		
	姓	兵庫	名	花子	男 女	昭和 平成	年	月
現住所	〒	650 - 0004	濁点は1マスに入れて記入してください。			有 無		
	兵庫県	神戸市中央区〇〇通×丁目〇番地			配慮を希望する場合のみチェックしてください。その他の配慮希望の場合は、下の記入欄にその内容を記入してください。			
	電話番号	078 - 367 - 5211						
勤務先	フリガナ	ヒョウゴマルマル	左詰めで記入してください。			点字受験 障害者用駐車場 その他の配慮希望		
	名称	兵庫〇〇センター	（職種名称）			（妊娠38週目でお腹が大きいため可動式椅子希望）		
住所	兵庫県	神戸市中央区〇〇町×丁目〇番地			受験料払込番号			
	電話番号	(078) 〇〇 - ××××	(相談員)			12345		
書類確認	【本申込書の氏名と提出書類の氏名と異なる方】は✓を記入	✓			受験料払込日			
	【実務経験証明書の証明者と本人の氏名が同一の方】は○を記入	○			(郵便振替払込受付証明書の払込日)			
					月 日			
					06 10			

資格等の種類	資格No	資格コード	資格取得年月日				見込	
			年号	年	月	日		
国家資格等 (別表1または右記『国家資格コード一覧』に該当する方)	1	11	昭和	平成	25	04	01	→
	2	10	昭和	平成	28	02	16	→
上記資格を取得していない方								

国家資格コード(資格コードNo1～2で使用)

どの資格に基づき業務に従事していたか、受験資格の資格No.を実務経験・見込年数の資格No.欄に記入してください。無資格の方は空欄で結構です。

紛失等の理由により、資格証等が再発行申請中で手元にない場合は、申請書の写し等手続きの事実を証明できるものを添付のうえ、見込の欄にチェックしてください。

用いて業務を行っている場合、上記受験資格欄の対応する「資格No」を記入(1～2のいずれかの数字を記入)

勤務先名称	実務経験コード (別表1～2参照)	実務経験期間								従事日数		
		元号	年	月	日	元号	年	月	日			
ヘルパーステーション△△	100001	昭和	平成	25	04	01	昭和	平成	27	11	30	511
兵庫〇〇センター	200001	昭和	平成	28	05	01	昭和	平成	30	08	31	487
見込		昭和	平成				昭和	平成				

実務経験証明書証明日時点では実務経験が不足するため、実務経験証明書を「見込期間あり」で提出したときは、この欄にチェックしてください。

(例)

「ヘルパーステーション△△」で平成21年1月18日から「訪問介護員養成研修」(ヘルパー)の資格に基づき訪問介護員の業務に従事しており、平成25年4月1日に介護福祉士の資格を取得・登録し、平成27年11月30日に退職した。その後、平成28年2月16日に社会福祉士の資格を取得・登録し、相談援助業務に従事し、現在も就業中である。

- ①「ヘルパーステーション△△」での実務経験は介護福祉士に登録した平成25年4月1日から平成27年11月30日までの「2年8ヵ月」です。
- ②「兵庫〇〇センター」での実務経験は社会福祉士の資格に基づく業務に従事した平成28年5月1日から平成30年8月31日までの「2年4ヵ月」です。ただし、実務経験証明書を「見込期間あり」で提出しているため、指定の期日までに再度「見込達成」の実務経験証明書を提出する必要があります。
- ③両方(①と②)の実務経験を合算すると実務経験期間が5年、従事日数が998日なので受験要件を満たしています。

> 実務経験期間が見込受験の方

✓

実務経験証明書

整理番号

(記入例2) 相談援助業務(別表2)による実務経験で申し込む場合

第21回兵庫県介護支援専門員実務研修受講試験 受験申込書

氏名	姓フリガナ	コウベ	名フリガナ	タロウ	性別	生年月日			
	姓	神戸	名	太郎	男 ☒ 女 ☐	昭和 ☒ 平成 ☐	年	月	日
現住所	〒	650 - 0004	濁点は1マスに入れて記入してください。			有 ☐ 無 ☒			
	兵庫県	神戸市中央区〇〇通×丁目〇番地	△△マンション 101号室			配慮を希望する場合のみチェックしてください。その他の配慮希望の場合は下の記入欄にその内容を記入してください。			
	電話番号	078 - 567 - 8910	(希望者のみ記入)						
勤務先	フリガナ	トクベツヨウゴロウジンホーム	〇〇エン	点字受験 ☐ 障害者用 ☒ 車場 ☐ その他の配慮希望 ☐					
	名称	特別養護老人ホーム	〇〇園	左詰めで記入してください。					
住所	兵庫県	神戸市西区〇〇町×丁目〇番地	(職種名称)			受験料払込番号			00123
	電話番号	(078) 〇〇〇 - ××××	(生活相談員)						
書類確認	【本申込書の氏名と提出書類の氏名と異なる方】は✓を記入				5桁の数字で埋めてください。			月	日
	【実務経験証明書の証明者と本人の氏名が同一の方】は✓を記入							05	15

紛失等の理由で再発行申請中の場合は「見込」欄に✓を記入 ↓

受 験 資 格	資格等の種類	資格No	資格コード	資格取得年月日				見込	
				年号	年	月	日		
国家資格等 (別表1または右記『国家資格コード一覧』に該当する方)		1		昭和	平成				→
		2		昭和	平成				→
格	上記資格を取得していない方	✓							

国家資格コード(資格コードNo1~2で使用する)

01 医 師 06 看 護 師 11 介 護 士 16 あん摩マッサージ指圧 21 精神保健福祉士
 02 歯 科 医 師 07 准 看 護 師 12 視 能 士
 03 薬 剤 師 08 理 学 療 法 士 13 義 肢 科
 04 保 健 師 09 作 業 療 法 士 14 歯 科
 05 助 産 師 10 社 会 福 祉 士 15 言 語 聴 覚 士 20 管理栄養士・栄養士

別表2に定める相談援助業務に従事し、別表1に定める国家資格等未取得していない方はチェックをしてください。

↓各資格を用いて業務を行っている場合、上記受験資格欄の対応する「資格No」を記入(1~2のいずれかの数字を記入)

実務経験・見込年数	勤務先名称	資格No	実務経験コード (別表1~2参照)	実務経験期間								従事日数	
				元号	年	月	日	元号	年	月	日		
5	特別養護老人ホーム〇〇園	1	004	昭和	25	04	27	~	昭和	30	06	12	1025
				平成				~	平成				
				昭和				~	昭和				
				平成				~	平成				
				昭和				~	昭和				

別表2で該当する相談援助業務を確認し、実務経験コードを記入してください。

(例)

別表1に定める国家資格等は有していないが、平成25年4月27日から「特別養護老人ホーム〇〇園」で「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準第2条第1項第2号」に規定する生活相談員に従事していて、現在に至っている。

- ①国家資格等を有していないが、別表2に定める相談援助業務は実務経験として認められます。
 ②該当する相談援助業務について、実務経験期間が5年以上あり、かつ、従事日数が900日以上あるので、受験要件を満たしています。

点字受験の方 ☐

(記入例3) 実務経験が一部重複かつ実務経験期間を見込みで申込む場合

第21回兵庫県介護支援専門員実務研修受講試験 受験申込書

氏名	姓フリガナ	ロツコウ	名フリガナ	シロウ	性別	生年月日					
	姓	六 甲	名	次 郎	男 ☒ 女 ☐	昭和 ☒ 平成 ☐	年	月	日		
現住所	〒	650 - 0123									有 ☐ 無 ☒
	兵庫 府 神戸市須磨区〇〇台×丁目〇番地 (マンション・アパート名も記入してください)										
	電話番号	078 - 789 - 0123			配慮受験希望欄 (希望者のみ記入)						
勤務先	昼間連絡先電話番号	080 - 1234 - 5678			点字受験 ☐ 障害者用駐車場 ☐ その他の配慮希望 ☐						
	フリガナ 名称 ケアセンター □□				その他の配慮希望の場合は配慮内容を記入してください ()						
住所	兵庫県 神戸市中央〇〇町×丁目〇			(職種名称)							
	電話番号 (078) 〇〇 - ××××			(訪問介護員)							
書類確認	【本申込書の氏名と提出書類の氏名とが異なる方】は✓を記入			☐							
	【実務経験証明書の証明者と本人の氏名が同一の方】は✓を記入			☐							
				受験料払込番号		02345					
				受験料払込日 (郵便振替払込受付証明書の払込日)		月		日			
						06		14			

紛失等の理由で再発行申請中の場合は「見込」欄に✓を記入 ↓

受験資格	資格等の種類	資格No	資格コード		資格取得年月日				見込	
					年号	年	月	日		
国家資格等 (別表1または右記『国家資格コード一覧』に該当する方)	1	1	1		昭和	平成	25	10	01	→
	2				昭和	平成				→
上記資格を取得していない方										

国家資格コード(資格コードNo1~2で使用する)

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

従事日数は
431日+848日-50日
=1,229日
900日以上の実務要件を
満たしています。

↓各資格を用いて業務を行っている場合、上記受験資格欄の対応する「資格No」を記入(1~2のいずれか)(字を記入)

実務経験	勤務先名称	資格No	実務経験コード (別表1~2参照)	実務経験期間								従事日数
				元号	年	月	日	元号	年	月	日	
ヘルパーステーション△△		1	00001	昭和	25	10	01	昭和	27	07	31	431
				平成				平成				
ケアセンター□□		1	00001	昭和	27	04	01	昭和	30	09	30	848
				平成				平成				
				昭和				昭和				-50

ここでは、従事期間の説明と重複期間がある場合について説明します。

①「ヘルパーステーション△△」で平成25年10月1日以前から「訪問介護員養成研修2級課程」修了により訪問介護員の業務に従事していたとしても、介護福祉士に登録した日が実務経験期間の開始日となります。

②「ケアセンター□□」という事業所でも平成27年4月1日から業務に従事し、平成30年9月30日で5年間の実務経験が達成されます。

POINT

●実務経験を見込みで申し込みしているため、(記入例1)と同様、指定の期日までに「見込達成」の実務経験証明書を提出する必要があります。

●平成27年4月1日から平成27年7月31日までの4ヵ月は2つの事業所に重複して勤務しています。この場合は、各事業所の証明権者の方に「従事日数内訳書」を作成していただき、2枚の「従事日数内訳書」により、ご自身で「従事日数内訳書<総括表>」を作成してください。重複する日は何力所で勤務していても従事日数は1日となります。例の場合重複している日は50日です。

※注意 「従事日数内訳書」は事業所が作成、「従事日数内訳書<総括表>」は自身で作成。