

《記入例》

① 実務経験証明書が確定している場合

令和7年度(2025年度)山口県介護支援専門員実務研修受講試験受験申込書

山口県知事様

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|-------------------|--|-----------------------------|--|-------------------------------------|--|---|--|------------|--|----------|--|----------------|--|
| 申込年月日 | | 令和7年(2025年)7月1日 | | ※申込番号 | | 25-1- | | ※受験番号 | | 25-1- | | | | | |
| ふりがな | | か い ご た ろ う | | | | 生年 | | 昭和・平成(58)年 | | | | | | | |
| 氏名 | | 介 護 太 郎 | | | | 月日 | | 西暦 1983年12月2日 | | | | | | | |
| 現住所 | | 〒 7 5 3 - 8 5 0 1 | | 山口 都道府県 | | 山口 市郡 | | 町 滝町1-1 連絡先電話(083)922-3111 携帯電話(090)XXXX-XXXX | | | | | | | |
| 資格コード | | 01 医師 | | 02 歯科医師 | | 03 薬剤師 | | 04 保健師 | | 06 助産師 | | 07 看護師 | | 09 准看護師 | |
| 令和7年10月11日時点で該当する資格コード全てを○で囲むこと | | 11 理学療法士 | | 12 作業療法士 | | 13 視能訓練士 | | 14 義肢装具士 | | 15 歯科衛生士 | | 16 言語聴覚士 | | 17 あん摩マッサージ指圧師 | |
| 資格の免許証等の写しを添付すること | | 20 柔道整復師 | | 21 栄養士(管理栄養士を含む。) | | 22 社会福祉士 | | 23 介護福祉士 | | 24 精神保健福祉士 | | 31 生活相談員 | | 32 支援相談員 | |
| 実務経験証明書 | | ① 確定 | | 2 見込み | | 3 平成30年度以降受験者のため省略 | | ※ | | | | | | | |
| 実務経験年数 | | 勤務先の名称 | | 業務(見込)期間 | | | | 業務従事日数 | | | | | | | |
| ① | | 特別養護老人ホーム〇〇苑 | | 平成30年5月15日～令和4年3月31日(3年10月) | | | | 851日 | | | | | | | |
| ② | | 〇〇苑デイサービスセンター | | 令和4年4月1日～令和7年6月30日(3年3月) | | | | 495日 | | | | | | | |
| ③ | | | | 年 月 日～ 年 月 日(年 月) | | | | 日 | | | | | | | |
| ④ | | | | 年 月 日～ 年 月 日(年 月) | | | | 日 | | | | | | | |
| ⑤ | | | | 年 月 日～ 年 月 日(年 月) | | | | 日 | | | | | | | |
| | | 合 計 | | (7年 1月) | | | | 1346日 | | | | | | | |
| 身体障害等の有無 | | ① 有 | | 2 無 | | 左欄で「1 有」とされた方のみ 受験に際しての配慮の必要の有無→ | | | | ① 有 | | 2 無 | | | |
| 勤務先種別コード | | 1 0 4 | | 勤務先称 | | 〇〇苑デイサービスセンター | | | | | | | | | |
| 勤務先所在地 | | 〒 7 5 5 - 1 1 1 1 | | 山口県 | | 宇部市 | | 〇〇1-1-1 電話(0836)31-1111 | | | | | | | |
| 勤務先所在地コード(現住所) | | 圏域 | | 0 6 | | 市町村 | | 2 0 2 | | ※受験資格の有無 | | ※試験会場 | | | |

山口県収入証紙貼付欄

(9,600円)

(収入印紙ではないので、注意すること)

《記入例》

②実務経験証明書が見込みの場合

令和7年度(2025年度)山口県介護支援専門員実務研修受講試験受験申込書

山口県知事様

| | | | | | | |
|-------------------|--|--------|-------------------------------------|-------------------|----------|-------|
| ※申込番号 | | ※受験番号 | | | | |
| 申込年月日 | 令和7年(2025年)7月1日 | 25-1- | 25-1- | | | |
| ふりがな | かいごたろう | 生年 | 昭和・平成(58)年 | | | |
| 氏名 | 介護太郎 | 月日 | 西暦 1983年12月2日 | | | |
| 現住所 | 〒753-8501 山口県山口市滝町1-1 連絡先電話(083)922-3111 携帯電話(090)XXXX-XXXX | | | | | |
| 資格コード | 01 医師 02 歯科医師 03 薬剤師 04 保健師 06 助産師 07 看護師 09 准看護師 11 理学療法士 12 作業療法士 13 視能訓練士 14 義肢装具士 15 歯科衛生士 16 言語聴覚士 17 あん摩マッサージ指圧師 18 はり師 19 きゅう師 20 柔道整復師 21 栄養士(管理栄養士を含む。) | | | | | |
| 資格の免許証等の写しを添付すること | 22 社会福祉士 23 介護福祉士 24 精神保健福祉士 31 生活相談員 32 支援相談員 33 相談支援専門員 34 主任相談支援員 | | | | | |
| 実務経験証明書 | 1 確定 | 2 見込み | 3 平成30年度以降受験者のため省略 ※ | | | |
| 実務経験年数 | 勤務先の名称 | | 業務(見込)期間 | 業務従事日数 | | |
| | ① 特別養護老人ホーム〇〇苑 | | 令和2年9月29日～令和4年3月31日(1年6月) | 300日 | | |
| | ② 〇〇苑デイサービスセンター | | 令和4年4月1日～令和7年9月30日(3年6月) | 610日 | | |
| | ③ | | 年月日～年月日(年月) | 日 | | |
| | ④ | | 年月日～年月日(年月) | 日 | | |
| | ⑤ | | 年月日～年月日(年月) | 日 | | |
| 合計 | | (5年0月) | | 910日 | | |
| 身体障害等の有無 | 1 有 | 2 無 | 左欄で「1 有」とされた方のみ 受験に際しての配慮の必要の有無→ | 1 有 2 無 | | |
| 勤務先種別コード | 104 | 勤務先名称 | 〇〇苑デイサービスセンター | | | |
| 勤務先所在地 | 〒755-1111 山口県宇部市〇〇1-1-1 | | | 電話 (0836) 31-1111 | | |
| 勤務先所在地コード(現住所) | 圏域 | 06 | 市町村 | 202 | ※受験資格の有無 | ※試験会場 |

山口県収入証紙貼付欄

(9,600円)

(収入印紙ではないので、注意すること)