様式２

（コピーをして使用してください）

令和８年度鳥取県介護支援専門員実務研修受講試験

写　　真　　票

※ 受験番号	
※ 申込番号	
フリガナ 名　　前	
生年月日	昭和・平成 年　　月　　日生

※印欄（受験番号・申込番号）には記入しないでください。

カラー写真貼付
（4cm×3cm）

上半身無帽
正面向き

6か月以内に
撮影したもの

令和　　年　　月　撮影