様式１

（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受験申込書

※受験番号	
※申込番号	

※上欄（受験番号・申込番号）は記入しないでください。

社会福祉法人
鳥取県社会福祉協議会長　　様

下記のとおり申し込みます。

申込年月日	令和　　年　　月　　日

※裏面中央に受験手数料払込受領証のコピーを貼付

希望する受験会場	１　東部会場　　２　中部会場　　３　西部会場		
身体障がい等による受験に際しての配慮（**希望する場合のみ、**該当の番号を〇で囲む）	１ 視覚障がい　２ 聴覚障がい　３ 肢体不自由　４ 病弱者　５ その他		
フリガナ			生年月日
名前	姓	名	昭和・平成 年　　月　　日
現住所（住民票住所）	〒□□□―□□□□　電話　（　　）　－ 携帯　（　　）　－		
就業状況	１ 実務経験に該当する業務　２ 実務経験に該当しない業務　３ 就業していない		
勤務先名称	※**法人名**から記入してください		
所在地	〒□□□―□□□□　電話（　　）　－ 鳥取県		
平日昼間の連絡先	１　勤務先　２　携帯　３　自宅　４　その他（電話：　　）		

法定資格等	次の１～２１の法定資格等を有している場合は、その番号を〇で囲み、免許証等の写しを提出すること。 1 医師　2 歯科医師　3 薬剤師　4 保健師　5 助産師　6 看護師 7 准看護師　8 理学療法士　9 作業療法士　10 視能訓練士　11 義肢装具士 12 歯科衛生士　13 言語聴覚士　14 あん摩マッサージ指圧師　15 はり師 16 きゅう師　17 柔道整復師　18 栄養士（管理栄養士を含む。） 19 社会福祉士　20 介護福祉士　21 精神保健福祉士
	22 別表１に掲げる相談援助業務に従事

平成３０年度以降の鳥取県での受験の有無	１　受験した（　　年度）　２　受験していない ※１に〇をした人は下記の「実務経験」欄を空欄にしてください。

実務経験	施設又は事業所の名称	業務（見込）期間 ※実務経験証明書と内容が一致するようにご記入ください。	従事日数
	①	年　月　日～　年　月　日（　年　月）	日
	②	年　月　日～　年　月　日（　年　月）	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	（　　年　　月）	日

※この申込書に記載されている個人情報については、この試験の運営管理のみに使用します。