

VI 様式・記載例等

受験申込書等提出書類の記入にあたっては、それぞれ記入方法をよく読み、文字は丁寧に正しく記入してください。

記入内容を訂正する場合は、二重線を引いて取り消し、訂正印（実務経験証明書は証明者の公印）を必ず押印してください（修正液等による修正は認められません。）。

○受験者全員必須

受験申込書（記載例） 42～43

※ この受験の手引に付属している厚手の用紙に記入してください。

○初めて宮崎県で受験される方

実務経験（見込）証明書（様式） 44

実務経験（見込）証明書（注意事項） 45

実務経験（見込）証明書（記載例） 46～47

○過去に宮崎県で受験したことがある方

実務経験証明書提出済申出書（様式） 48

実務経験証明書提出済申出書（注意事項） 49

実務経験証明書提出済申出書（記載例） 50

○受験申込書提出後に氏名又は住所が変更になった方

記載事項変更届（様式） 51

○相談援助業務「別表2の3」イ-47（22頁）で所定の事項に該当する方

確認証明書（様式） 52～54

平成25年度 受験票

受験番号	
フリガナ	フクシ ヨウコ
氏名	福祉養子

文字は正確に丁寧に記入してください。
記入漏れや誤りがあると、受験が出来なかったり、通知等重要文書が届かない可能性がありますので、御注意ください。

電話番号は、緊急時に連絡が取れる番号を記入してください。

現在、勤務されていない方は空欄で構いません。

提出する実務経験証明書で証明されている事業所名と業務期間を記入してください。
過去に宮崎県で受験をしたことがある方(実務経験証明書提出済申請書を提出される方)は、記入の必要はありません。

試験の免除区分(手引5～6頁)に関係しますので、保有している免許・資格等すべてに○をつけて下さい。
記入漏れによって生じる不利益等には一切責任を負いません。

正面脱帽・上半身の縦4cm×横3cm、申込前3ヶ月以内に撮影したカラー写真を貼り付けてください。スナップ写真等の切り抜きによる写真は認めません。
試験当日、本人と明確に確認ができない場合は、受験できない場合がありますので、御注意ください。

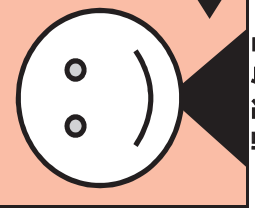
記載例

試験会場		受験番号	
フリガナ	フクシ ヨウコ	生年月日	大昭平 〇〇年 〇月 〇日生
氏名	福祉養子	性別	男 (女)
現住所	(〒880-XXXX) 宮崎市△△町丁目1-1 (TEL 090-XXXX-XXXX) ※緊急時に連絡の取れる番号を記入してください。		
現勤務先	名称 特別養護老人ホーム〇〇 (〒880-XXXX) (TEL 0985-XX-XXXX) 住所 宮崎市△△町1234番地		
身体障がい者等のため受験時に配慮が必要な場合は右欄に○をつけて下さい。(手引7頁参照)	必要	視覚障がい <input type="checkbox"/> 聴覚障がい <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input checked="" type="checkbox"/> 病弱者(その他) <input type="checkbox"/>	業務期間
実務経験証明内容	施設(事業所)の名称	業務期間	
	介護付有料老人ホーム△△△	昭平20年 4月25日～昭平23年 3月31日	
	特別養護老人ホーム〇〇〇	昭平23年 4月1日～昭平25年 7月18日	
		昭平 年 月 日～昭平 年 月 日	
		昭平 年 月 日～昭平 年 月 日	
	通算実務経験期間	通算 5年 2ヶ月 24日	

◎現在所有している全ての免許・資格等の左欄に○を記してください。
(注)記入漏れによって生じる不利益等については、一切責任を負いません。

甲	A 医師	その他	社会福祉主事任用資格
	B 歯科医師		介護職員初任者研修課程相当修了
丙	S 社会福祉士		実務者研修修了
	T 介護福祉士		当てはまる資格はもっていない
	U 精神保健福祉士		
乙	C 薬剤師		K 義肢装具士
	D 保健師		L 歯科衛生士
	E 助産師		M 言語聴覚士
	F 看護師		N あん摩マッサージ指圧師
	G 准看護師		O はり師
	H 理学療法士		P さゆう師
	I 作業療法士		Q 柔道整復師
	J 視能訓練士		R 栄養士・管理栄養士

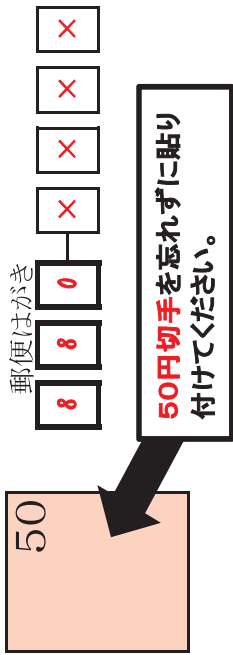
写真貼付欄



撮影年月
平成25年 〇月

確認
※記入不要

所有している資格等



住所
宮崎市△△町△丁目1-1

氏名
福社養子

郵便番号・住所・氏名を記入してください。

社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会
介護支援専門員実務研修受講試験 試験事務局
〒880-8515
宮崎市原町2番22号
TEL: 0985-35-2590

- 【注意事項】
- ※受験票には、50円切手を忘れずに貼り付けてください。
 - ※誓約書に対する署名及び押印がない場合、受験できないことがありますので、御注意ください。
 - ※受験手数料の振替払込受付証明書は、右欄にはがれ落ちないように貼り付けてください。

誓約書

私は、介護支援専門員実務研修受講試験の申込みにあたって、以下の通り、誓約します。

- 私は、提出した受験申込書及びその他の提出書類の記載事項が事実と相違ないことを誓約します。
- 私は、介護保険法第69条の2第1項各号に掲げる欠格事由のいずれにも該当しないことを誓約します。
- 私は、故意又は過失を問わず、受験申込書及びその他の提出書類の記載事項に事実と異なる事項が記載され、受験資格がないことが判明した場合には、受験の禁止、合格の取り消し又は介護支援専門員の登録の消除等の処分を受けることについて何ら異存がないことを誓約します。
- 私は、自己の責任において、「受験の手引」に記載されたものであるで、受験申込書提出期限超過、実務経験の貼付漏れ、受験資格の誤認、その他「受験の手引」に記載されたことにより受験できない場合があつても、異議がないことを誓約します。

申込みを行う
不足、振込領
に行なかつ

誓約書への署名及び押印がない場合は受験できません。例年記入漏れが多いので、御注意ください。

受験者本人による署名及び押印欄

福社養子

福祉

振替払込受付証明書(お客さま用)

宮崎市△△町△丁目1-1
福祉養子

振込みに際しては、「受験の手引4頁」の注意事項を必ず確認してください。
7月24日までに所定の用紙で振込み、「振替払込受付証明書(お客さま用)」を糊で貼り付けてください。この「受験の手引」に添付している専用の用紙以外による納付は認めません。(振込金受領証は本人控えです。大切に保管してください)
また、住所と氏名を所定の位置に必ず記入してください。
※7月25日以降の入金による受験は一切認めません。

切り取らないでください

実務経験（見込）証明書

平成 年 月 日

宮崎県社会福祉協議会長 殿

証明者の名称
及び所在地

代表者職氏名

印

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

氏名	(生年月日) 大正 年 月 日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日
----	--

事業所等の連絡先		(電話番号)	(担当者名)
1 <small>(受験の手引17～33頁の区分コードの中から該当する記号(ア-1からウ-26まで)を選んで記入してください)</small>	(区分コード) □-□ ①事業所の種別・名称	(事業所の種別)	(事業所名称)
	②業務内容	(職種名)	(業務内容)
	③業務期間	昭和 平成 年 月 日から 昭和 平成 年 月 日まで 業務期間 □年 □ヶ月 □日 (産休等休業期間を除く)	
	④業務従事日数	□日 ③業務期間中、実際に当該業務に従事した日数 (休日、休暇、病欠等を除いた日数)	

※証明者が同じ場合で、複数の実務経験期間がある場合は以下に記載してください。

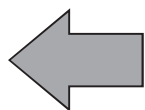
2	(区分コード) □-□ ①事業所の種別・名称	(事業所の種別)	(事業所名称)
	②業務内容	(職種名)	(業務内容)
	③業務期間	昭和 平成 年 月 日から 昭和 平成 年 月 日まで 業務期間 □年 □ヶ月 □日 (産休等休業期間を除く)	
	④業務従事日数	□日 ③業務期間中、実際に当該業務に従事した日数 (休日、休暇、病欠等を除いた日数)	
3	(区分コード) □-□ ①事業所の種別・名称	(事業所の種別)	(事業所名称)
	②業務内容	(職種名)	(業務内容)
	③業務期間	昭和 平成 年 月 日から 昭和 平成 年 月 日まで 業務期間 □年 □ヶ月 □日 (産休等休業期間を除く)	
	④業務従事日数	□日 ③業務期間中、実際に当該業務に従事した日数 (休日、休暇、病欠等を除いた日数)	

- 記載にあたっては「記載にあたっての注意事項」（次頁以降）を確認し、必要事項を漏れなく記入してください。
- 証明者が異なる場合は、別の用紙に記入してください。証明者が同じ場合は1枚の用紙に記載して構いません。
- 証明者は、事業所又は施設を開設する法人としてください。
- 受験申込者が自署した証明書は無効とします。必ず証明者が記入してください。
- 「業務期間」は、受験申込者が要援護者に対する対人の直接的な援助等を行っていた期間を記入してください。

介護保険法（平成9年法律第48号）第69条の39第1項第2号により、不正の手段により介護支援専門員の登録を受けた場合は、登録を削除する旨の規定が定められていますので御注意ください。

実務経験証明書（又は実務経験（見込）証明書）の記載にあたっての注意事項

作成者	<p>○実務経験証明書を作成できる証明者は、事業所又は施設を開設する法人です。法人で証明書を作成することが困難な場合には、事業所又は施設で証明権限を有する者（理事長、施設長、勤務先の長等）が証明書を作成してください。受験申込者が自署した場合は無効です。必ず証明者が記入してください。</p>
実務経験証明書を 作成する場合	<p>○「実務経験証明書」は、既に確定している実務経験期間を証明するものです。</p> <p>○「実務経験証明書」で証明書を作成する場合の業務期間は、証明日以前の期間でなければなりません。</p> <p>※例えば、証明書に記載された業務期間が4月1日～7月24日で、証明日が7月20日。この場合、勤務する予定の期間（21日～24日）が含まれているため、「実務経験（見込）証明書」としての取扱いになり、再度「実務経験証明書」としての提出が必要となりますので、御注意ください。</p>
実務経験（見込）証明書を 作成する場合	<p>○「実務経験（見込）証明書」は、証明日より先の業務に従事する予定（見込）の期間を含めた業務期間を証明するものです。</p> <p>※証明が必要な業務期間については、受験者本人と事業所で確認を取りながら記入をしてください。過去の実務経験を通算する事で、見込証明書である必要のない場合もあります。</p> <p>○必要な実務経験期間は、試験日前日までに満たさなければなりません。よって、「実務経験（見込）証明書」で証明できる最大の業務期間は、試験日前日までとなります。</p> <p>○実務経験期間を満たす予定日までの業務期間、日数を記入し、「実務経験（見込）証明書」として提出の上、実務経験が満たされた後、1週間以内に「実務経験証明書を試験事務局まで必ず提出してください（提出先:4頁参照）。仮に未提出のまま受験できたとしても、実務経験証明書の提出がなかった場合は、受験資格を満たさなかったものとして試験申込み及び試験は無効となります。</p>
注意事項	<p>○実務経験は、要援護者に対する対人の直接的な援助が、当該者の本来業務として明確に位置付けられていることを必要とするため、当該資格を有しながら、要援護者に対する対人の直接的な援助ではない研究業務を行っているような期間は実務経験期間に含まれません。</p> <p>○虚偽または不正の事実が発覚した場合は、関係機関等に報告するとともに、試験日前であれば受験を認めず、合格者においては合格を取り消しますので御注意ください。</p> <p>○記入内容を訂正する場合は、必ず証明権限を有する代表者の職印で訂正してください。修正液等で訂正したものは認められません。</p>



様式を必要枚数コピーして使用してください。

宮崎県社会福祉協議会のホームページからも様式をダウンロードできます。

<http://www.mkensha.or.jp/>

◎ 45頁の注意事項も必ず確認してください。
 ◎ 記載内容について問い合わせることがありますので、提出する証明書は写しをとり、控えとして必ず保管してください。

◎ 「実務経験証明書」として作成する場合は、(見込)を二重線で消してください。訂正印は必要ありません。
 ◎ 「実務経験(見込)証明書」として作成する場合は、(見込)を消さずにそのまま提出してください。

◎ 「証明者の名称及び所在地」は、原則として、事業所等を開設する法人の名称及び所在地を記入してください。

◎ 証明者は事業所又は施設を開設する法人ですので、「代表者職氏名」には、法人代表者又は証明権限を有する者の職名と氏名を記入してください。

◎ 「氏名」は、就業時の名前を証明者が記入してください。現在の名前と異なる場合は、戸籍抄本(コピー不可)を添付してください。

◎ 「区分コード」は、受験の手引17～33頁に記載する受験資格の中から該当する記号(ア-1からウ-26)を記入してください。
 ※ 国家資格等に基づく業務に該当する区分(ア-1からア-21)の場合、業務期間は、資格免許証又は登録証の登録日以降しか算定できませんので、御注意ください。

◎ 「事業所の種別」は、「訪問介護事業所」、「障害者支援施設」、「老人デイサービスセンター」など具体的に記入してください。

◎ 「職種名」は、受験の手引17～33頁に記載する対象となる職員(職種)を確認し、これに即した内容を記載してください。

◎ 「業務従事日数」は、業務期間内において実際に当該業務に従事した日数(休日、休暇、病気、休職等で業務に従事しなかった日を除いた日数)を記入してください。1日の勤務時間が短い者の場合についても、1日勤務したものとみなします。

◎ 同一法人内での異動など、証明者が同じで、複数の実務経験がある場合は、1枚の用紙に記入する事ができます。
 ◎ 証明者が異なる場合は、勤務先ごとに証明書を作成してください。

別記様式1

実務経験(見込)

宮崎県社会福祉協議会長 殿
 証明者の名及び所在地
 代表者職氏
 下記の者の実務経験は、以下のとおりであること

氏名	福 社 養 子	
事業所等の連絡先	(電話番号) 0985 - X	
(区分コード) イ-14	①事業所の種別・名称	(事業所の種別) 有料老人ホーム
1	②業務内容	(職種名) 生活相談員
	③業務期間	昭和 20年 4月 平成 業務期間 2
	④業務従事日数	665

※証明者が同じ場合で、複数の実務経験期

(区分コード) ウ-4	①事業所の種別・名称	(事業所の種別) 特別養護老人ホーム
2	②業務内容	(職種名) 介護職員
	③業務期間	昭和 23年 4月 平成 業務期間 2
	④業務従事日数	521

(区分コード)	①事業所の種別・名称	(事業所の種別)
3	②業務内容	(職種名)
	③業務期間	昭和 年 平成 業務期間
	④業務従事日数	

1 記載にあたっては「記載にあたっての注意事項」(次頁以降)を確認
 2 証明者が異なる場合は、別の用紙に記入してください。証明者が
 3 証明者は、事業所又は施設を開設する法人としてください。
 4 受験申込者が自署した証明書は無効とします。必ず証明者が記入
 5 「業務期間」は、受験申込者が要援護者に対する対人の直接的な
 介護保険法(平成9年法律第48号)第69条の39第1項第2号により、不
 する旨の規定が定められていますので御注意ください。

送 証明書

平成 25 年 7 月 18 日

称地 〇〇市〇〇町1丁目1-1
社会福祉法人〇〇会
名 理事長 厚生 一郎

社会福祉法人
〇〇会理事長
之印

を証明します。

(生年月日)
大正
昭和
平成
〇〇年 〇月 〇日

× - ×××× (担当者名) 宮崎 花子

(事業所名称)
介護付有料老人ホーム△△△

(業務内容)
相談援助業務

月 25 日から 昭和 23 年 3 月 31 日まで
平成

年 11 月 6 日 (産休等休業期間を除く)

③業務期間中、実際に当該業務に従事した日数
日 (休日、休暇、病欠等を除いた日数)

間がある場合は以下に記載してください。

(事業所名称)
△ 特別養護老人ホーム〇〇〇

(業務内容)
介護業務

月 1 日から 昭和 25 年 7 月 18 日まで
平成

年 3 月 18 日 (産休等休業期間を除く)

③業務期間中、実際に当該業務に従事した日数
日 (休日、休暇、病欠等を除いた日数)

(事業所名称)

(業務内容)

月 日から 昭和 年 月 日まで
平成

年 月 日 (産休等休業期間を除く)

③業務期間中、実際に当該業務に従事した日数
日 (休日、休暇、病欠等を除いた日数)

認し、必要事項を漏れなく記入してください。
同じ場合は1枚の用紙に記載して構いません。

してください。
援助等を行っていた期間を記入してください。

正の手段により介護支援専門員の登録を受けた場合は、登録を削除

◎ 「証明書の発行日」は、証明書を作成した日付を記入してください。申込受付期限（7月24日）を超えた日付で証明書を作成することはできません。

◎ 「証明印」は、公的機関に提出する書類に使用する代表者印（職印）を押してください。なお、代表者印が私印の場合は、「公的書類に使用している私印である」旨の記述を証明書の下余白に記入してください。

◎ 「事業所等の連絡先」の担当者名及び電話番号は必ず記入してください。証明書の内容について確認の連絡をすることがあります。

◎ 「業務内容」は、「看護業務」、「介護業務」、「相談援助業務」など、具体的な業務内容を記入してください。

◎ 看護補助の場合、主たる業務が介護等の業務である者が対象（区分コードウー8参照）となる為、「看護補助」のみの記載では認められません。「看護補助」の中でも『看護補助における介護業務』であれば該当します。

◎ 「業務期間」は、要援護者に対する対人の直接的な援助を実際に行っていた期間を記入してください。例えば、薬剤師が製薬会社で研究部門業務などに従事した期間は、実務経験期間としては算定されません。

◎ 国家資格に基づく業務（区分アー1からアー21）の場合、実務経験として認められるのは、資格免許証又は登録証に記載された登録日以降となりますので、必ず、資格免許証又は登録証の登録日を確認した上で、記入してください。

※ 例えば、看護師として4月1日付で採用され勤務していても、看護師免許証の登録日が4月28日であれば、看護師としての実務経験は4月28日以降からしか認められません。

◎ 「実務経験証明書」として証明する場合は、証明日まで、又はそれ以前の日までの期間を記入してください。もし、証明日より後の期間で記入されている場合は、全て見込証明書として取り扱う事になり、再度、証明書の提出が必要になりますので、御注意ください。

◎ 「実務経験（見込）証明書」として証明する場合は、受験資格を満たす期間までを記入してください。ただし、受験資格は、試験日前日までに満たす必要があります。

◎ 業務上・外の理由を問わず1か月（30日）以上の連続した休みは期間から除外します。

「受験の手引」や「よくある質問」について、宮崎県社会福祉協議会ホームページ（<http://www.mkensha.or.jp/>）に掲載しています。

実務経験証明書提出済申出書

平成 年 月 日

宮崎県社会福祉協議会長 殿

私は、過去に宮崎県で介護支援専門員実務研修受講試験を受験した際、実務経験証明書を提出済みであることを申し出ます。

また、受験申込みに際し、以下の誓約事項についても誓約します。

- (1) 受験申込みに当たり、受験資格を有することを証する実務経験証明書を提出済みであること、及びこの申出書の記載事項に偽りがないことを誓約します。
- (2) 受験資格を満たさないことが明らかになった場合には、介護支援専門員実務研修受講試験が受験できないことに異存がないことを誓約します。

1. 現在の住所、氏名、生年月日

フリガナ		(生年月日)
受験者氏名	印	大正 昭和 平成 年 月 日
受験者住所	〒 (電話番号: - -)	

2. 前回受験時から氏名、住所の変更がある場合は、記入してください。

氏名	ア. 変更なし イ. 変更あり	フリガナ 前回受験時の氏名	※旧氏名を記載し、戸籍抄本（コピー不可）を添付すること
	ア. 変更なし イ. 変更あり	前回受験時の住所	※旧住所を記載し、住民票（コピー可）を添付すること

3. 現在所有している免許・資格（国家資格等）・その他の資格等

(該当するすべての免許・資格名の左欄に○を記してください。)

甲	医師
	歯科医師

丙	社会福祉士
	介護福祉士
	精神保健福祉士

その他	社会福祉主事任用資格
	介護職員初任者研修課程相当修了
	実務者研修修了
	当てはまる資格はもっていない

乙	
薬剤師	義肢装具士
保健師	歯科衛生士
助産師	言語聴覚士
看護師	あん摩マッサージ指圧師
准看護師	はり師
理学療法士	きゆう師
作業療法士	柔道整復師
視能訓練士	栄養士・管理栄養士

4. 上記3の資格のうち前回受験後に取得した資格があれば名称を記入してください。

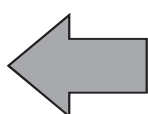
(注) 新たに取得した免許・資格等がある場合は、必ず資格免許証又は登録証の写しを添付してください。

①

②

実務経験証明書提出済申出書の記載にあたっての注意事項

対象者	○過去に宮崎県で受験された方は、既に提出された「実務経験証明書」で実務経験を確認しますので「 実務経験証明書提出済申出書 」を提出してください。
作成者	○受験申込者本人が記入してください。
現在の住所、氏名、生年月日について	○現在の受験者氏名、生年月日、住所、電話番号を必ず記入してください。 ○受験者氏名欄に 必ず押印 してください。押印がないと受付できませんので御注意ください。 ○電話で書類の内容を確認することがありますので、必ず 連絡の取れる電話番号 （複数でも可）を記入してください。
前回受験以降の氏名、住所の変更について	○前回受験以降、氏名、住所に変更のない場合は、「ア 変更なし」に○をしてください。 ○前回受験以降、氏名又は住所に変更がある場合は、「イ 変更あり」に○をし、変更内容を記載してください。 ※ 婚姻等により現在の氏名が前回受験時と異なっている場合は、 戸籍抄本（コピー不可） を添付 ※ 戸籍の変更等により免許証等の裏面に裏書きがある場合は、 裏書きの写し も必ず添付 ※ 転居等により現在の住所が前回受験時と異なっている場合は、 住民票（コピー可） を添付
現在所有している免許・資格等について	○現在所有している免許・資格（国家資格等）・その他の資格等について、 該当するものすべてに○をつけてください 。記入漏れによって生じる不利益等については、一切責任を負いませんので、御注意ください。 ○ <u>前回受験時から所有資格の変更がない場合は、免許証又は登録証等の写しを添付する必要はありません。</u>
前回受験後に新たに取得した資格等について	○前回受験以降に 新たに取得した免許・資格等がある場合は、その名称を記入 してください。 ○新たに取得した免許・資格等がある場合は、その資格の 免許証又は登録証等の写し を必ず添付してください。資格証等の写しが添付されていない場合は、受験できない場合や、解答免除とならない場合がありますので御注意ください。



様式を**コピー**して使用してください。

宮崎県社会福祉協議会のホームページからも様式をダウンロードできます。

<http://www.mkensha.or.jp/>

■記載例

平成24年度にヘルパー2級で初めて受験。その後介護福祉士を取得・登録し、平成25年度に2度目の受験をする場合。

◎ 申込受付期限である7月24日を超えた日付で証明書を作成することは出来ません。

◎ 現在の名前と住所を記入してください。記入内容について確認する事がありますので、**連絡の取れる電話番号**を記入してください。

◎ **受験者自身の印**がないものは受理出来ません。

◎ この例では前回受験時と同じ氏名としています。ただし、結婚等により前回受験時と氏名が異なる場合は、前回受験時の氏名を所定の欄に記入した上で、**戸籍抄本(コピー不可)**を添付してく

◎ この例では前回受験の後に転居し、住所変更したとしています。この場合は前住所を所定の欄に記入の上、**住民票(コピー可)**を添付します。

◎ この例では、前はヘルパー2級で受験し、その後介護福祉士を取得・登録したという想定なので、該当箇所には○を付けています。
また、前回受験時から新たに資格を取得しているため、取得資格名を記入します。

別記様式2

実務経験証明書提出済申出書

平成 25 年 7 月 24 日

宮崎県社会福祉協議会長 殿

私は、過去に宮崎県で介護支援専門員実務研修受講試験を受験した際、実務経験証明書を提出済みであることを申し出ます。

また、受験申込みに際し、以下の誓約事項についても誓約します。

- (1) 受験申込みに当たり、受験資格を有することを証する実務経験証明書を提出済みであること、及びこの申出書の記載事項に偽りがないことを誓約します。
- (2) 受験資格を満たさないことが明らかになった場合には、介護支援専門員実務研修受講試験を受験できないことに異存がないことを誓約します。

1. 現在の住所、氏名、生年月日

フリガナ	フクシ ヨウコ	(生年月日)
受験者氏名	福祉 基子	大正 昭和 平成 ××年 ×月 ×日
受験者住所	〒×××-×××× 〇〇市〇〇町1234番地 (電話番号: 0985 - ×× - ××××)	

2. 前回受験時から氏名、住所の変更がある場合は、記入してください。

氏名	フリガナ	※旧氏名を記載し、戸籍抄本(コピー不可)を添付すること
	前回受験時の氏名	ア. 変更なし イ. 変更あり
住所	フリガナ	※旧住所を記載し、住民票(コピー可)を添付すること
	前回受験時の住所	ア. 変更なし イ. 変更あり △△市△△町△△番地

3. 現在所有している免許・資格(国家資格等)・その他の資格等

(該当するすべての免許・資格名の左欄に○を記してください。)

甲	医師	乙	薬剤師	義肢装具士
	歯科医師		保健師	歯科衛生士
丙	社会福祉士		助産師	言語聴覚士
	介護福祉士		看護師	あん摩マッサージ指圧師
	精神保健福祉士		准看護師	はり師
その他	社会福祉主事任用資格		理学療法士	きゅう師
	介護職員初任者研修課程相当修了		作業療法士	柔道整復師
	実務者研修修了		視能訓練士	栄養士・管理栄養士
	当てはまる資格はもっていない			

4. 上記3の資格のうち前回受験後に取得した資格があれば名称を記入してください。

(注)新たに取得した免許・資格等がある場合は、必ず資格免許証又は登録証の写しを添付してください。

①	介護福祉士	②	
---	-------	---	--

【この届出は、平成25年度の受験申込書提出後に、記載内容が変更になった方が提出するものです】

介護支援専門員実務研修受講試験 受験申込書記載事項変更届

届出日：平成 年 月 日

宮崎県社会福祉協議会長 殿

次のとおり変更がありましたので届け出いたします。

変更前

各事項を全て記入してください	申込時の 氏 名	(フリガナ)	
		(姓)	(名)
	申込時の 住 所	〒 ー	



変更後

変更のあった事項のみ記入してください	新氏名	(フリガナ)	
		(姓)	(名)
	新住所	〒 ー	
変更日	平成 年 月 日		

【注意事項】

- ① 氏名変更の場合は戸籍抄本（コピー不可）、住所変更の場合は住民票（コピー可）を必ず添付してください。
- ② 事務処理の都合上、受験票及び結果通知送付予定日の直前に「記載事項変更届」を受け付けた場合は、変更前の内容で送付することがあります。
郵便物不着を防ぐためにも、転居の際には、最寄りの郵便局に「転居届」を必ず提出してください。郵便物の再送付は原則行いません。
- ③ 変更届の受付期限は、平成25年12月6日（金）（消印有効）までです。

確認証明書

在宅介護サービス

(基準を満たす場合、「適否」欄に○をつけて下さい。)

(職員に関する事項)	適否
1 次の職員が配置されている。 ア 管理責任者 (兼務可) イ 訪問介護員等在宅介護の知識・技能を持つ者	
2 職員に対する研修の機会が確保されている。	
3 職員に対して健康診断を行うなど、職員の健康状態を確認している。	
(サービス実施に関する事項等)	適否
4 以下の事項等を記したマニュアルを定め、サービス従事者に徹底している。 ア 利用者及び家族に対するサービス内容の説明 イ 作業手順 ウ 利用者に異常があった場合の対応 エ 実施したサービスの報告及び記録の保管	
5 嘱託医若しくは協力医療機関を確保し、又は主治医との連携を確保している。	
(契約等に関する事項)	適否
6 サービス内容及び料金を記した契約書をとりかわしている。	
7 サービス内容に対応した料金体系を明示している。	

本事業所は、上記1～7の各事項を満たしていることを証明します。

年 月 日

事業所名

代表者氏名

印

----- この用紙を利用する場合はA4に拡大コピーすること -----

確認証明書

在宅入浴サービス

(基準を満たす場合、「適否」欄に○をつけて下さい。)

(職員に関する事項)	適否
1 次の職員が配置されている。 ア 管理責任者 (兼務可) イ 入浴介護に直接従事する職員3名以上	
2 職員に対する研修の機会が確保されている。	
3 職員に対して健康診断を行うなど、職員の健康状態を確認している。	
(設備類等に関する事項等)	適否
4 入浴に必要な設備及び材料を備えている。	
5 設備・器具類の消毒方法、管理方法を定めている。	
(サービス実施に関する事項)	適否
6 以下の事項等を記したマニュアルを定め、サービス従事者に徹底している。 ア 利用者及び家族に対するサービス内容の説明 イ 作業手順 ウ 利用者に異常が認められた場合の対応 エ 実施したサービスの報告及び記録の保管	
7 嘱託医若しくは協力医療機関を確保し、又は主治医との連携を確保している。	
(契約等に関する事項)	適否
8 サービス内容及び料金を記した契約書をとりかわしている。	

本事業所は、上記1～8の各事項を満たしていることを証明します。

年 月 日

事業所名

代表者氏名

印

確認証明書

福祉用具賃貸サービス (基準を満たす場合、「適否」欄に○をつけて下さい。)

(職員に関する事項)	適否
1 次の職員が配置されている。 ア 管理責任者 (兼務可) イ 福祉用具に関する専門的知識を有する者	
2 職員に対する研修の機会が確保されている。	
3 職員に対して健康診断を行うなど、職員の健康状態を確認している。	
(設備類等に関する事項)	適否
4 清潔で、消毒・補修済みの用具と未了のものが区分可能な保管施設を備えている。(保管業務を一定の基準を満たした他の事業者に委託している場合は不要)	
5 用具の種類・材質等からみて適切な効果を有する消毒設備器材を備えている。(消毒業務を一定の基準を満たした他の事業者に委託している場合は不要)	
(サービス実施に関する事項)	適否
6 以下の事項等を記したマニュアルを定め、サービス従事者に徹底している。 ア 福祉用具の選定方法 イ 福祉用具の説明方法 ウ 搬入及び回収の方法 エ アフターサービスの方法 オ 実施したサービスの報告及び記録の保管	
7 医師等との連携が図れる体制が整っている。	
(契約等に関する事項)	適否
8 サービスの内容及び料金を記した契約書と取りかわしている。	

本事業所は、上記1～8の各事項を満たしていることを証明します。

年 月 日

事業所名

代表者氏名

印

確認証明書

福祉用具販売サービス (基準を満たす場合、「適否」欄に○をつけて下さい。)

(職員に関する事項)	適否
1 次の職員が配置されている。 ア 管理責任者 (兼務可) イ 福祉用具に関する専門的知識を有する者	
2 職員に対する研修の機会が確保されている。	
3 職員に対して健康診断を行うなど、職員の健康状態を確認している。	
(サービス実施に関する事項)	適否
4 以下の事項等を記したマニュアルを定め、サービス従事者に徹底している。 ア 福祉用具の選定方法 イ 福祉用具の説明方法 ウ 福祉用具の使用上の助言及び納品方法 エ アフターサービスの方法 オ 実施したサービスの報告及び記録の保管	
5 医師等との連携が図れる体制が整っている。	
(契約等に関する事項)	適否
6 事前に価格等について説明を行っている。	

本事業所は、上記1～6の各事項を満たしていることを証明します。

年 月 日

事業所名

代表者氏名

印

----- この用紙を利用する場合は A4 に拡大コピーすること -----

確認証明書

短期入所生活介護事業

(基準を満たす場合、「適否」欄に○をつけて下さい。)

(職員に関する事項)	適否
1 次の職員が配置されている。(併設施設職員の兼務可) ア 管理責任者 イ 医師 (嘱託可) ウ 生活相談員 エ 看護師又は准看護師 オ 介護福祉士又は介護員 カ 調理員 (調理業務を委託する場合は、置かなくとも可)	
2 職員に対する研修の機会が確保されている。	
3 職員に対して健康診断を行うなど、職員の健康状態を確認している。	
(設備類等に関する事項等)	適否
4 次の設備を設けている。(他施設の設備を利用でき、利用者の処遇に支障がない場合は兼用可) 居室、食堂、機能訓練室、浴室、便所、洗面所、医務室、看護・介護員室、洗濯室又は洗濯場、汚物処理室	
5 居室の基準は次のとおりとなっている。 ア 1室の定員は4人以下である。 イ 利用者1人当たりの床面積は、8㎡以上である。 ウ ナースコールが設置されている。	
(サービス実施に関する事項)	適否
6 以下の事項等を記したマニュアルを定め、サービス従事者に徹底している。 ア 利用者及び家族に対するサービス内容の説明 イ 作業手順 ウ 利用者に異常があった場合の対応 エ 提供したサービスの記録の保管	
7 協力医療機関を確保し、また、主治医との連携を確保している。	
(契約等に関する事項)	適否
8 サービス内容及び料金を記した契約書をとりかわしている。	
9 サービス内容に対応した料金体系を明示している。	

本事業所は、上記1～9の各事項を満たしていることを証明します。

年 月 日

事業所名
代表者氏名

印

この用紙を利用する場合はA4に拡大コピーすること

確認証明書

日帰り介護事業

(基準を満たす場合、「適否」欄に○をつけて下さい。)

(職員に関する事項)	適否
1 次の職員が配置されている。 ア 管理責任者 (兼務可) イ 生活相談員 ウ 看護師又は准看護師 エ 介護福祉士又は介護員	
2 職員に対する研修の機会が確保されている。	
3 職員に対して健康診断を行うなど、職員の健康状態を確認している。	
(サービス実施に関する事項)	適否
4 以下の事項等を記したマニュアルを定め、サービス従事者に徹底している。 ア 利用者及び家族に対するサービス内容の説明 イ 作業手順 ウ 利用者に異常があった場合の対応 エ 実施したサービスの報告及び記録の保管	
5 嘱託医又は協力医療機関を確保し、または主治医との連携を確保している。	
(契約等に関する事項)	適否
6 サービス内容及び料金を記した契約書をとりかわしている。	
7 サービス内容に対応した料金体系を明示している。	

本事業所は、上記1～7の各事項を満たしていることを証明します。

年 月 日

事業所名
代表者氏名

印