

## 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） ..... 24～25

※ 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する方・前回受験が平成29年度以前の方

実務経験（見込）証明書（別記様式1） ..... 26

実務経験（見込）証明書（注意事項） ..... 27

実務経験（見込）証明書（記載例） ..... 28～29

### ○平成30年度または令和元年度に宮崎県で受験された方

実務経験証明書提出済申出書（別記様式2） ..... 30

実務経験証明書提出済申出書（注意事項） ..... 31

実務経験証明書提出済申出書（記載例） ..... 32

### ○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） ..... 33

## 記載例

令和2年度 受験票

受験番号

受験番号	フリガナ
	フクシ ハナコ
氏名	福祉 花子

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(携帯など)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。  
平成30年度または令和元年度に宮崎県で受験さ  
れた方は記入の必要はありません。

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。

(3)マスクなどのインフルエンザ等感染症対策を各自でお願い  
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・切り抜きによる写真是認めません。  
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。  
※  
られないことがあります。

撮影年月日	令和2年6月
※事務局記入	

※事務局記入

令和2年度 宮崎県介護支援専門員実務研修受講試験受験申込書											
現住所	（〒 880 - ×××××） 宮崎市△△町△丁目1-1 (TEL 090 - ×××× - ××××)※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OO 住所 : (〒 880 - ×××××) (TEL 0985 - ×× - ×××× ) 宮崎市△△町1234番地										
身体障がい者及び妊娠等の該当項目に／＼をつけて下さい。※任意(手引4頁参照)	□視覚障がい □聴覚障がい □肢体不自由 □病弱者 □その他( )										
実務経験証明内容	<table border="1"> <thead> <tr> <th>施設(事業所)の名称</th> <th>業務期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>デイサービス△△△</td> <td>昭・平令 27年 4月 25日～昭・平令 31年 3月 31日</td> </tr> <tr> <td>特別養護老人ホームOO</td> <td>昭・平令 31年 4月 1日～昭・平令 2年 6月 26日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>昭・平令 年 月 日～昭・平令 年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>昭・平令 年 月 日～昭・平令 年 月 日</td> </tr> </tbody> </table> <p>通算実務経験期間 通算 5 年 2 ヶ月 2 日</p>	施設(事業所)の名称	業務期間	デイサービス△△△	昭・平令 27年 4月 25日～昭・平令 31年 3月 31日	特別養護老人ホームOO	昭・平令 31年 4月 1日～昭・平令 2年 6月 26日		昭・平令 年 月 日～昭・平令 年 月 日		昭・平令 年 月 日～昭・平令 年 月 日
施設(事業所)の名称	業務期間										
デイサービス△△△	昭・平令 27年 4月 25日～昭・平令 31年 3月 31日										
特別養護老人ホームOO	昭・平令 31年 4月 1日～昭・平令 2年 6月 26日										
	昭・平令 年 月 日～昭・平令 年 月 日										
	昭・平令 年 月 日～昭・平令 年 月 日										
○印 資格名	登録年月日 写真貼付欄										
医師	昭・平令 年 月 日										
歯科医師	昭・平令 年 月 日										
社会福祉士	昭・平令 年 月 日										
○介護福祉士	昭・平令 27年 4月 25日										
精神保健福祉士	昭・平令 年 月 日										
薬剤師	昭・平令 年 月 日										
保健師	昭・平令 年 月 日										
助産師	昭・平令 年 月 日										
看護師	昭・平令 年 月 日										
准看護師	昭・平令 年 月 日										
理学療法士	昭・平令 年 月 日										
作業療法士	昭・平令 年 月 日										
視能訓練士	昭・平令 年 月 日										
所有している資格等	備考 ※事務局記入										

(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。

郵便はがき  
8 8 0

63円切手を貼ってください。

**63円切手を忘れずに貼り付けてください。**

住所 宮崎市△△町△丁目1-1

氏名 福祉 花子 様

(上 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

### 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つて、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。

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

記載され、受験資格がないことが判明した場合には、受験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。

福祉 花子

受験者本人による署名及び押印欄

### 振替払込受付証明書（お客様用）

町崎市△△町△丁目1-1  
福祉 花子

振込み際には、「受験の手引3頁」の注意事項を必ず確認してください。  
6月30日までに所定の用紙で振込み、「振替払込受付証明書（お客様用）」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1日以降の入金による受験は一切認めません。

**【注意事項】**  
※受験票には、63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。

介護支援専門員実務研修受講試験  
**実務経験（見込）証明書**

令和 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)			
	昭和 平成	年	月	日

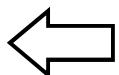
1	事業所等の連絡先	(電話番号)	(担当者名)
	①区分コード	<input type="text"/> - <input type="text"/>	受験の手引7~8頁の区分コードの中から該当する記号(アー1からイー9まで)を選んで記入してください
	②事業所の種別・名称	(事業所の種別)	(事業所名称)
	③業務内容	(職種名)	(業務内容)
	④業務期間 (法定資格に基づく業務の場合、資格の登録日以降が対象)	昭・平・令 年 月 日から 昭・平・令 年 月 日まで	
		業務期間 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> ヶ月 <input type="text"/> 日	(産休等休業期間は除く)
⑤業務従事日数	<input type="text"/> 日	④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	①区分コード	<input type="text"/> - <input type="text"/>	受験の手引7~8頁の区分コードの中から該当する記号(アー1からイー9まで)を選んで記入してください
	②事業所の種別・名称	(事業所の種別)	(事業所名称)
	③業務内容	(職種名)	(業務内容)
	④業務期間 (法定資格に基づく業務の場合、資格の登録日以降が対象)	昭・平・令 年 月 日から 昭・平・令 年 月 日まで	
		業務期間 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> ヶ月 <input type="text"/> 日	(産休等休業期間は除く)
	⑤業務従事日数	<input type="text"/> 日	④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。
- 証明者は事業所又は施設を開設する法人としてください。証明者が異なる場合は、別の用紙に記入してください。
- 受験申込者が自署した証明書は無効とします(証明者と被証明者が同一の場合を除く)。
- 訂正する場合は、証明権者の公印を押印の上、訂正してください(修正液による訂正は認められません)。
- 「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。
- 「見込証明書」で提出される場合は、実務経験を満たした後に改めて「実務経験証明書」を提出してください。

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、登録を消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。



## ※左の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(<http://www.mkensha.or.jp/>)からも様式をダウンロードできます。

### 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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。<b>受験申込者が自署した場合は無効</b>です（証明者と被証明者が同一の場合を除く）。</li> </ul>
実務経験証明書を作成する場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>○「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。</li> <li>○「実務経験証明書」で証明書を作成する場合の<b>業務期間は、証明書の発行日以前の期間</b>でなければなりません。 ※例えば、証明書に記載された業務期間が4月1日～6月24日で、証明書の発行日が6月10日。この場合、勤務する予定の期間（11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。</li> </ul>
実務経験（見込）証明書を作成する場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>○「実務経験（見込）証明書」は、証明書の発行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。 ※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。</li> <li>○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、<b>試験日前日まで</b>となります。</li> <li>○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、<b>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</b>してください（提出先：3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つたものとして試験申込み及び試験は無効となります。</li> </ul>
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>○実務経験は、<b>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</b>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。</li> <li>○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。</li> <li>○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。<b>修正液等で訂正したものは認められません</b>。</li> </ul>

- ◎ 27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7~8頁に記載する受験資格の中から該当する記号(ア-1からイ-9)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」、「障害者支援施設」、「有料老人ホーム」など具体的に記入してください。

◎ 「職種名」は、受験の手引7~8頁の別表1, 2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ことができます。

◎ **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

## 介護支援専門員実務経験(見込)

宮崎県社会福祉協議会長 殿

証明者の名  
及び所在

▼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

氏名	福祉花子	
事業所等の連絡先	(電話番号) 0985	
①区分コード	ア - 11	受験の手引7~8頁の で記入してください
②事業所の種別・名称	(事業所の種別) 通所介護	
③業務内容	(職種名) 介護職員	
④業務期間 (法定資格に基づく業務の場合、資格の登録日以降が対象)	昭・平令 27年 4月 2	業務期間 3年 1
⑤業務従事日数	946 日	

\*証明者が同じ場合で、複数の実務経験期間が

①区分コード	イ - 4	受験の手引7~8頁の で記入してください
②事業所の種別・名称	(事業所の種別) 特別養護老人ホーム	
③業務内容	(職種名) 生活相談員	
④業務期間 (法定資格に基づく業務の場合、資格の登録日以降が対象)	昭・平令 31年 4月	業務期間 1年
⑤業務従事日数	300 日	

- 記載にあたっては「記載にあたっての注意事項」(次頁以降)
- 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。証
- 受験申込者が自署した証明書は無効とします(証明者と被証)
- 訂正する場合は、証明権者の公印を押印の上、訂正してください
- 「業務期間」は、受験申込者が要援護者に対する対人の直接
- 「見込証明書」で提出される場合は、実務経験を満たした後

介護保険法(平成9年法律第48号)第69条の39第1項第2号によれば、登録を消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。

**務研修受講試験  
込) 証明書**

令和 2 年 6 月 26 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

とを証明します。

(生年月日)  
昭和 ×× 年 × 月 × 日

-××-×××× (担当者名) 宮崎 太郎

区分コードの中から該当する記号(アー1からイー9まで)を選ん

(事業所名称)  
**デイサービス△△△**

(業務内容)  
**介護業務**

5 日から 昭(平)令 31 年 3 月 31 日まで

1 ヶ月 6 日 (産休等休業期間は除く)

④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)

ある場合は以下に記載してください。

区分コードの中から該当する記号(アー1からイー9まで)を選ん

(事業所名称)  
**特別養護老人ホーム〇〇**

(業務内容)  
**相談援助業務**

1 日から 昭・平 令 2 年 6 月 26 日まで

2 ヶ月 26 日 (産休等休業期間は除く)

④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)

を確認し、必要事項を漏れなく記入してください。  
明者が異なる場合は、別の用紙に記入してください。  
明者が同一の場合を除く)。  
さい(修正液による訂正は認められません)。  
的な援助等を行っていた期間を記入してください。  
に改めて「実務経験証明書」を提出してください。

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  
ださい。

◎ 「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(6月30日)を超えた日付で証明書を作成する事はできません。

◎ 「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。

◎ 栄養士または管理栄養士の場合、献立作成や調理業務のみでは実務経験として認められません。『**栄養指導**』などの要援護者に対する直接的な援助が必要となります(7頁参照)。

◎ 「**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。

◎ 国家資格等に基づく業務(区分ア-1からア-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日以後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、**証明書の発行日まで、又はそれ以前の日までの期間**を記入してください。もし、**証明書の発行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ことになり、再度、確定した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)以上の連續した休み**は期間から除外します。

「受験の手引」や「Q & A」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。

**介護支援専門員実務研修受講試験  
実務経験証明書提出済申出書**

令和 年 月 日

宮崎県社会福祉協議会長 殿

私は、平成30年度または令和元年度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	昭和 年 月 日	平成
受験者住所	<span style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">〒</span> (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	※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		
住所	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. 前回受験年度（該当する年度に○を記してください。）**

平成30年度	令和元年度
--------	-------

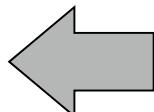
**【注意】**

前回受験が平成29年度以前の方は、この用紙では申し込みません。

平成30年度に受験資格要件が見直されたため、改めて「実務経験（見込）証明書」（26頁）の提出が必要となります。提出書類の詳細については11頁をご確認ください。

## 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>○平成30年度または令和元年度に宮崎県で受験された方は、「<b>実務経験証明書提出済申出書</b>」を提出してください。</li> </ul>
作成者	<ul style="list-style-type: none"> <li>○受験申込者本人が記入してください。</li> </ul>
現在の住所、 氏名、生年月 日について	<ul style="list-style-type: none"> <li>○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。</li> <li>○受験者氏名欄に<b>必ず押印</b>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。</li> <li>○電話で書類の内容を確認するがありますので、必ず<b>連絡の取れる電話番号</b>（複数でも可）を記入してください。</li> </ul>
前回受験以降 の氏名、住所 の変更につい て	<ul style="list-style-type: none"> <li>○平成30年度または令和元年度の受験以降、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。</li> <li>○平成30年度または令和元年度の受験以降、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。</li> <li>※ 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、<b>戸籍抄本（コピー不可）</b>を添付</li> <li>※ 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、<b>住民票（コピー可）</b>を添付</li> </ul>
前回受験年度 について	<ul style="list-style-type: none"> <li>○前回受験した年度に○をしてください。</li> <li>○平成30年度に受験資格要件が見直されたため、前回受験が平成29年度以前の方は、改めて「<b>実務経験（見込）証明書（26頁）</b>」を提出する必要がありますので、ご注意ください（11頁参照）。</li> </ul>



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/>

◎ 申込受付期限である6月30日を超えた日付で証明書を作成することは出来ません。

## 別記様式2

介護支援専門員実務研修受講試験  
実務経験証明書提出済申出書

令和〇年〇月〇日

宮崎県社会福祉協議会長 殿

私は、平成30年度または令和元年度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つた場合には、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	フクシ ハナコ	(生年月日)
受験者氏名	福祉 花子	昭和〇年〇月〇日
受験者住所	〒880-XXXX 宮崎市△△町△丁目1-1 (電話番号: 0985-XXXX-XXXX)	平成

◎ 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)を添付してください。

◎ 前回受験した年度に〇印をつけてください。

## 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	※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	
住所	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
		〇〇市〇〇町〇〇番地	

## 3. 前回受験年度(該当する年度に〇を記してください。)

平成30年度	令和元年度
--------	-------

## 【注意】

前回受験が平成29年度以前の方は、この用紙では申し込みません。

平成30年度に受験資格要件が見直されたため、改めて「実務経験(見込)証明書」(26頁)の提出が必要となります。提出書類の詳細については11頁をご確認ください。

◎ 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。

様式をコピーして使用してください。

【この届出は、令和2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：令和 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	〒 一	



### 変更後

変更のあつ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	〒 一	
	変更日	令和 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、令和2年11月24日（火）（消印有効）までです。