

受験確認依頼書

令和 年 月 日

社会福祉法人 福井県社会福祉協議会 会長 様

住 所

氏 名 ⑩

生年月日 昭和・平成 年 月 日

私は平成____年度福井県介護支援専門員実務研修受講試験を受験しましたので、確認の上、実務経験証明書の提出に代えていただきますようお願いいたします。

また、現在の実務従事状況は次のとおりです。

1 前回(昨年度)受験時の氏名

あなたの前回(昨年度)受験時の氏名をご記入ください。

ふりがな	
氏 名	

2 実務従事状況

あなたの現在の実務従事状況について、次の選択肢の中から該当するものに○をつけてください。

() 受験資格要件に該当する業務に従事している。

() 受験資格要件に該当する業務に従事していない。

----- きりとらないこと -----

実務従事証明書

上記の者が、現在、当施設・事業所等において(業務内容)_____に
従事していることを証明します。

令和 年 月 日

施設又は事業所等の所在地

施設又は事業所等名

代表者氏名 ⑩

(証明担当者氏名

連絡先 _____)

受験確認依頼書・実務従事証明書記入要領

(受験確認依頼書)

平成 30 年度に福井県介護支援専門員実務研修受講試験の受験票の交付を受けた方は、本書を提出することにより、実務経験証明書について省略することができます。(ただし、実務経験見込証明書をもって受験票の交付を受け、受験後に実務経験証明書を提出しなかった方を除く。)

- 1 申請者が押印した依頼書(原本)を提出してください。右上の日付は依頼書作成時の日付を記入してください。
- 2 住所欄は、住民票住所を市町名、番地(アパート、マンション等の場合は名称・棟番号・室番号まで記入する。)、「〇〇様方」まで正確に記入してください。
- 3 氏名欄は、戸籍に記載されている文字で記入してください。
- 4 生年月日欄は、算用数字で記入してください。
- 5 依頼文書の空欄に前回受験時の年度を記入してください。
- 6 前回受験時の氏名欄は、その当時の氏名を記入し、必ずふりがなを付けてください。前回受験時と現在の氏名が異なる場合は、戸籍抄本(原本)を添付してください。
- 7 前回受験時以降に新たに国家資格等を取得された場合は免許証、登録証の写しを添付してください。(前回受験時に添付した免許証、登録証の写しも必ず添付してください。)

(実務従事証明書)

- 1 現在、受験資格に関する業務に従事している場合(長期休暇中の場合を含む。)は実務従事証明書を記載し、従事していない場合は住民票(原本)を提出してください。
- 2 所属長等の証明権限者が押印した証明書(原本)を提出してください。日付は証明書作成時の日付を記入してください。
- 3 業務内容欄は、被証明者の本来業務について、具体的に「医業」、「病院看護業務」、「老人保健施設看護業務」、「特別養護老人ホーム介護業務」、「介護老人福祉施設生活相談業務」等と記入してください。
- 4 施設または事業所等の所在地、施設または事業所等名、代表者氏名欄は法人名ではなく実際に勤務している施設または事業所等のものを記入してください。
- 5 証明印は証明者の公印(職印)を使用してください。なお、個人経営等で公印がない場合は役所などに申請・報告書類を提出する際に使用する個人印を使用してください。
- 6 証明者と被証明者が同一の場合は、実務従事証明書にあわせて開業許可書、認可書、届出書、業務委託契約書等の客観的に実務に従事していることを証明できる書類の写しを提出してください。
- 7 派遣会社に登録し、受験資格要件に該当する業務を行う施設等に派遣されている場合は、派遣元の会社の証明権限者が実務従事証明書を作成してください。

受験確認依頼書 ※記入例

令和元年7月5日

社会福祉法人 福井県社会福祉協議会 会長 様

住所 福井市光陽5丁目6-7
氏名 福井 花子 印
生年月日 昭和・平成 50年 1月 1日

私は平成30年度福井県介護支援専門員実務研修受講試験を受験しましたので、確認の上、実務経
験証明書の提出に代えていただきますようお願いいたします。

また、現在の実務従事状況は次のとおりです。

印鑑を忘れずに押印
すること。

1 前回(昨年度)受験時の氏名

あなたの前回(昨年度)受験時の氏名をご記入ください。

ふりがな	いしかわ はなこ
氏名	石川 花子

前回(昨年度)受験時と現在の
氏名が異なる場合は戸籍抄本
(原本)を提出すること。

2 実務従事状況

あなたの現在の実務従事状況について、次の選択肢の中から該当するものに○をつけてください。

() 受験資格要件に該当する業務に従事している。

() 受験資格要件に該当する業務に従事していない。

介護支援専門員の業務に従事
しているかどうかを聞いてい
るものではありません。

----- きりとらないこと -----

実務従事証明書

上記の者が、現在、当施設・事業所等において(業務内容) 介護老人保健施設 相談援助業務 に従事
していることを証明します。

令和元年7月3日

令和元年6月1日以降の日
付であること。

印鑑(公印)を忘れずに押印
すること。

施設又は事業所等の所在地 福井市学園9丁目9-9
施設又は事業所等名 介護老人保健施設 すこやか長寿園
代表者氏名 施設長 富山 一郎 印

(証明担当者氏名 大野五郎 連絡先 0776-12-3456)