

受験No ※記入不要

平成30年度 神戸市高齢者介護士認定試験

受験申込書

受験者
写真貼付
4.0×3.0

(写真の裏に事業
所名と氏名記入)

■ 事業所 (※1)

法人名		介護保険 事業所番号	
施設・事業所名		代表者名	
事業所 所在地	〒	TEL	
		FAX	
		E-mail	
神戸市介護 サービス協会	・会員 ・非会員		
所属団体 (※2)	・神戸市老人福祉施設連盟 ・神戸介護老人保健施設協会 ・神戸市民間病院協会 ・神戸市シルバーサービス事業者連絡会 ・神戸市医師会 ・神戸市歯科医師会 ・神戸市薬剤師会		

■ 受験者

ふりがな		性別	男 ・ 女	
氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日
自宅住所	〒			
現在の 担当部門 (※3)				
入職年月日	平成 年 月 日	現業務の 実務経験年数 (※4)	合計 年 か月	
最終学歴 (※5)	福祉系 ・大学卒 ・短大卒 ・専門学校卒 ・高等学校卒 福祉系以外 ・大学卒 ・短大卒 ・専門学校卒 ・高等学校卒			
他の職務経験 (※6)	福祉関係	通算期間		福祉関係以外
		年 か月		
保健・医療 福祉に係る 主な資格 (※7)	取得年月		免許・資格	
	年 月			
	年 月			
受験区分 (※8)	<input type="checkbox"/> 講習会も受講する <input type="checkbox"/> 認定試験のみ受験する (再受験者のみ)			
テキスト購入 (※9)	・4巻全て購入する ・第1巻のみ購入する ・しない テキスト送付先 ・事業所 ・自宅			

※記載漏れや誤りのないよう、必ず裏面の注意事項をご参照の上、ご記入ください。

裏面へ続く

【注意事項】

- ・ 必要に応じ追加資料の提出を求めることがあります。
- ・ 申込書類に不実又は錯誤した内容の記載をした場合は、受験及び認定を取り消すことがあります。
- ・ 申込書類に記載された個人情報、受験者の決定、受験者の名簿及び認定証の作成など、受験事業の円滑な運営のために使用するほか、試験に合格された場合に、認定の手続きとして神戸市に提出する受講修了者名簿を作成するために使用いたします。受験申込みにあたっては、個人情報の利用について必ず受験者本人の同意を得てください。
- ・ 写真は、必ず証明写真を添付してください。（コピー、スナップ写真は不可。）

- ※1 事業所は、必ず受験者が所属する施設・事業所についてご記入ください。
- ※2 神戸市介護サービス協会会員事業所の場合は、所属団体に○をしてください。
- ※3 担当部門は、特養、デイサービス、訪問介護等従事されている事業部門を記入してください。
- ※4 実務経験年数は、平成30年7月31日迄継続して介護業務に従事している年数(見込み)を記入してください。
- ※5 最終学歴は該当するものに○をつけてください。
- ※6 現在の仕事に就く前に他の施設・事業所、他の業種での経験があれば年数を記載してください。
- ※7 保健・医療・福祉に係る免許及び資格について、正式名称をご記入ください。
例：介護支援専門員、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、保健師、看護師、准看護師など
- ※8 平成29年受講修了者で再受験者の方は、講習会も受講するか、認定試験のみ受験するかしてください。
- ※9 テキスト購入を希望される方には、協会で一括購入し送付しますので、送付先を施設か自宅かお選びください。
テキストは、中央法規出版「介護福祉士実務者研修テキスト」 第1巻～第4巻
(定価10,800円税込)となります。
平成29年度講習会で使用したテキストと第2巻～4巻は同じものですが、第1巻は改訂になっています。(第1巻のみ定価2,000円税込)

<申込書送付・お問い合わせ先>

神戸市介護サービス協会 事務局

〒651-0086 神戸市中央区磯上通3-1-32 こうべ市民福祉交流センター4階

神戸市社会福祉協議会 福祉事業1課 内

電話：078-271-5326

Fax：078-271-5366

E-mail：kaigo@with-kobe.or.jp

<http://www.kaigo-kobe.net>