

X. 申請書等の様式

	ページ
コード表（都道府県・市区町村）	3 6
申込書記入例	3 8
証明者の方へ ～実務経験（見込）証明書作成についての留意事項～	4 2
実務経験証明書の記入例	4 4
実務経験見込証明書の記入例	4 7
従事日数内訳証明書の記入例	4 8
身体障害者等受験特別措置申請書作成について	4 9
身体障害者等受験特別措置申請書の記入例	5 0
身体障害者等受験特別措置申請書	5 1
診断・意見書	5 2
申込書記載事項変更届	5 6
従事日数内訳証明書	5 7
実務経験証明書	5 8
実務経験見込証明書	5 9

平成30年度千葉県介護支援専門員実務研修受講試験受験申込書 巻末
写真票（写真貼付）

重要

次の点に注意して、書類を提出してください。

- 1 各様式は、コピーをして使用し（モノクロコピー可）、作成した書類は原本を提出してください。
千葉県社会福祉協議会のホームページからダウンロードすることもできます。
- 2 実務経験（見込）証明書の作成を証明者へ依頼する際には、「証明書作成についての留意事項」及び【記入例】を併せてお渡しいただき（必要に応じてコピーして使用してください）、記載内容に漏れや不備の無いようにしてください。なお、記入漏れや不備、不明な点がある場合には、千葉県社会福祉協議会から証明者へ内容確認の問合せをさせていただくことがありますのでご了承ください。

コード表

1. 都道府県コード

コード	都道府県名	コード	都道府県名
01	北海道	25	滋賀県
02	青森県	26	京都府
03	岩手県	27	大阪府
04	宮城県	28	兵庫県
05	秋田県	29	奈良県
06	山形県	30	和歌山県
07	福島県	31	鳥取県
08	茨城県	32	島根県
09	栃木県	33	岡山県
10	群馬県	34	広島県
11	埼玉県	35	山口県
12	千葉県	36	徳島県
13	東京都	37	香川県
14	神奈川県	38	愛媛県
15	新潟県	39	高知県
16	富山県	40	福岡県
17	石川県	41	佐賀県
18	福井県	42	長崎県
19	山梨県	43	熊本県
20	長野県	44	大分県
21	岐阜県	45	宮崎県
22	静岡県	46	鹿児島県
23	愛知県	47	沖縄県
24	三重県		

2. 市区町村コード

○千葉県内

コード	市区町村名	コード	市区町村名
101	千葉市中央区	230	八街市
102	千葉市花見川区	231	印西市
103	千葉市稲毛区	232	白井市
104	千葉市若葉区	233	富里市
105	千葉市緑区	234	南房総市
106	千葉市美浜区	235	匝瑳市
202	銚子市	236	香取市
203	市川市	237	山武市
204	船橋市	238	いすみ市
205	館山市	239	大網白里市
206	木更津市	322	印旛郡酒々井町
207	松戸市	329	印旛郡栄町
208	野田市	342	香取郡神崎町
210	茂原市	347	香取郡多古町
211	成田市	349	香取郡東庄町
212	佐倉市	403	山武郡九十九里町
213	東金市	409	山武郡芝山町
215	旭市	410	山武郡横芝光町
216	習志野市	421	長生郡一宮町
217	柏市	422	長生郡睦沢町
218	勝浦市	423	長生郡長生村
219	市原市	424	長生郡白子町
220	流山市	426	長生郡長柄町
221	八千代市	427	長生郡長南町
222	我孫子市	441	夷隅郡大多喜町
223	鴨川市	443	夷隅郡御宿町
224	鎌ヶ谷市	463	安房郡鋸南町
225	君津市	○千葉県外	
226	富津市		
227	浦安市		
228	四街道市		
229	袖ヶ浦市	900	千葉県外市区町村

申込書の記入例について

ここでは、記入例 1 ～ 2 の 2 パターンの記入例を掲載しています。

この記入例は、それぞれのパターンの実務経験証明書記入例（P. 45～46）を併せて参照してください。

【申込書記入例 1】（P. 38～39）※実務経験証明書の記入例 1（P. 45）と対応

国家資格有り、1 カ所の実務経験で受験資格要件を満たす方の例です。

※介護福祉士等、国家資格に基づく実務経験の場合、業務従事期間の起算日は、資格登録日以降となります。記入例 1 の場合、就職した日が平成 25 年 4 月 1 日であっても、資格登録日が平成 25 年 4 月 5 日である場合、業務従事期間は 4 月 5 日からとなります（4 月 1～4 日は非該当となります）ので、注意してください。

【申込書記入例 2】（P. 40～41）※実務経験証明書の記入例 2（P. 46）と対応

人事異動等により同一法人で複数事業所の実務経験がある方の例です。

- 人事異動による所属事業所の変更であり、退職でない場合は、実務経験期間欄の（在職中・見込・退職）のところは無記入で結構です。
- 実務経験証明書記入例 3 のように、同一法人で複数事業所分の実務経験を法人の代表者が 1 枚にまとめて証明している場合は、申込書の従事日数については「下に記載」として複数事業所分をまとめて書いてもかまいません。
- なお、事業所等の代表者（施設長、病院長等）が実務経験を証明する場合は、事業所ごとの証明となるので、実務経験証明書は複数枚（実務経験のある事業所数分）となります。

【申込書記入例1】国家資格有り、1カ所の実務経験で受験資格要件を満たす場合
 平30年度千葉県介護支援専門員実務研修受講試験受験申込書

平成30年 6月 9日

千葉県社会福祉協議会長 様

※受付番号	※受験番号

この申込書に記載した内容は、事実と相違ないことを確約します。

※は事務局記載欄

試験問題作成手数料(700円)の納入については、千葉県社会福祉協議会に委任します。

フリガナ	カイゴ サチコ	性別	受験資格に該当する国家資格等			
署名 (自書で記載)	介護 幸子 (代筆者氏名)	1 男 2 女	資格コード	添付書類名 (資格登録証等)	登録年月日	
生年月日 (年齢)	1 昭和 2 平成 52 年 6 月 1 日 (41 歳)	国家資格有り	111	介護福祉士登録証	平成25年4月 5日	
身体障害者等受験特別措置の希望 (有の場合、別途申請書が必要です)		1 有 2 無			年 月 日	
受験地の基準	1 現在、千葉県内で受験資格に該当する業務に従事している		国家資格無	受験資格職種コード(例:201)		
	2 現在、受験資格に該当する業務に従事していない(無職含)が、住所地が千葉県である		資格提出見込の場合 ⇒	添付書類名(申請手続書類等)		
現住所	〒273-0000 千葉 県 都 船橋市0001-234				都道府県コード 12	
TEL	電話047(000)0000/携帯電話000-0000-0000				市区町村コード 204	
現勤務先	名称	特別養護老人ホーム〇△□	職種名	介護福祉士	市区町村コード 203	
	所在地	〒272-0000 千葉縣市川市〇〇〇1-2-3		TEL 047(000)0000		
実務経験証明書の内容を記入	受験資格職種コード	勤務先等の名称	職種名	実務経験期間		従事年月数
	111	特別養護老人ホーム〇△□	介護福祉士	(在職中・見込・退職) H25年4月5日～H30年6月9日		5年 2月 5日 日数 900日以上
				(在職中・見込・退職) 年 月 日～年 月 日		年 月 日 日数 日
				(在職中・見込・退職) 年 月 日～年 月 日		年 月 日 日数 日
				(在職中・見込・退職) 年 月 日～年 月 日		年 月 日 日数 日
実務経験見込証明書の提出の有無		1 有 2 無	期間・日数の合計		1 5年かつ900日以上 2 10年かつ1800日以上	

審査(※事務局記載欄)

見込□

平成30年度 千葉県介護支援専門員実務研修受講試験 写真票	
※受験番号 フリガナ カイゴ サチコ 氏名 介護 幸子 生年月日 1. 昭和 52 年 6 月 1 日 2. 平成	写真貼付 縦 4.5cm×横 3.5cm (6か月以内に撮影) 写真の裏面に生年月日と氏名を記入 ※スナップ写真不可 パソコン印刷不可 ※出欠確認欄

＜受験申込書・写真票記入上の注意点＞

1. 黒又は青のボールペンを使用してください。
2. 文字はかき書で、数字は算用数字で記入してください。
3. 「氏名」、「生年月日」は、戸籍の記載どおりに記入してください。
4. 「署名」欄は、申込者本人が自書で記入してください。
身体障害等により署名が困難な場合は代筆者氏名も記入してください。
5. 「受験資格に該当する国家資格等」欄は、国家資格を有する場合は、取得している資格(複数の場合は全て)の資格コードを P.9 を見て記入し、資格を証明するため添付した書類の名称(例:介護福祉士登録証 等)を記入してください。資格提出見込受験の場合も、添付書類名を記入してください。
6. 「受験地の基準」の欄は、P.7 を参照し、該当する番号のいずれかを必ず○で囲んでください。
7. 「身体障害者等受験特別措置の希望」は、P.14～15 を参照し、希望の有無を○で囲んでください。
※「無」の場合も必ず○をつけてください。記入されていない場合は、無いものと判断し、特別配慮は行いませんのでご注意ください。
8. 「現住所」欄は、都道府県名、市区町村名、字、番地、アパート等の室番まで正確に記入してください。
9. 「現勤務先」欄は、法人名だけでなく、事業所名まで記入してください。
無職の場合は記入不要です。
10. 「都道府県コード」「市区町村コード」は、P.36 を参照し、正確に記入してください。(県外の場合「市区町村コード」は一律「900」)
11. 「受験資格に該当する実務経験等」欄は、実務経験証明書に基づき「受験資格職種コード」(P.9 参照)「勤務先等の名称」「職種名」「実務経験期間」「従事期間・日数」を経験順に記入してください。なお、**業務従事日数欄が単独で 900 日または 1,800 日を上回る場合は、「900 日以上」または「1,800 日以上」と記入してください。それ以外の方は具体的な従事日数を記入してください。**
12. 受験申込書と写真票は、切り離さずに提出してください。

【申込書記入例2】異動等により同一法人内で複数の事業所の実務経験がある場合

平成30年度千葉県介護支援専門員実務研修受講試験受験申込書

平成30年 6月 6日

千葉県社会福祉協議会長 様

※受付番号

※受験番号

この申込書に記載した内容は、事実と相違ないことを確約します。

※は事務局記載欄

試験問題作成手数料(700円)の納入については、千葉県社会福祉協議会に委任します。

フリガナ	カイゴ ハナコ		性別	受験資格に該当する国家資格等		
署 名 (自書で記載)	介 護 花 子 (代筆者氏名)		1 男 2 女	資格コード	添付書類名 (資格登録証等)	登録年月日
生年 月日 (年齢)	1 昭和 2 平成 45 年 8 月 8 日 (47 歳)		国家資格有	111	介護福祉士登録証	平成24年4月25日
身体障害者等受験特別措置の希望 (有の場合、別途申請書が必要です)						年 月 日
1 有 2 無						年 月 日
						年 月 日
受験地の基準	1 現在、千葉県内で受験資格に該当する業務に従事している 2 現在、受験資格に該当する業務に従事していない(無職含)が、住所地が千葉県である			国家資格無 資格提出見込の場合⇒	受験資格職種コード(例:201) 添付書類名(申請手続書類等)	
現住所	〒292-0000 千葉(県)・都 君津市000123 なのはなマンション123号室 電話0439(00)0000/携帯電話000-0000-0000					都道府県コード 12 市区町村コード 225
現勤務先	名称	00苑デイサービスセンター		職種名	介護職員	
	所在地	〒260-8508 千葉県千葉市中央区千葉港4-3			TEL	043(204)1610
実務経験証明書の内容を記入	受験資格職種コード	勤務先等の名称	職種名	実務経験期間		従事年月 従事日数
	204	特別養護老人ホーム00苑	生活相談員	(在職中・見込・退職) H24年5月1日～H26年3月31日		1年11月 日数下に記載日
	111	00苑デイサービスセンター	介護職員	(在職中・見込・退職) H26年4月1日～H30年6月6日		4年2月6日 日数900日以上
				(在職中・見込・退職) 年 月 日～ 年 月 日		年 月 日 日数 日
				(在職中・見込・退職) 年 月 日～ 年 月 日		年 月 日 日数 日
実務経験見込証明書 提出の有無		1 有 2 無		期間・日数の合計		1. 5年かつ900日以上 2. 10年かつ1800日以上

審査(※事務局記載欄)

見込口

平成30年度 千葉県介護支援専門員実務研修受講試験 写真票	
※受験番号 フリガナ カイゴ ハナコ 氏名 介護 花子	写真貼付 縦 4.5cm×横 3.5cm (6か月以内に撮影) 写真の裏面に生年月日と氏名を記入 ※スナップ写真不可 パソコン印刷不可 ※出欠確認欄
生年月日 1. 昭和 45 年 8 月 8 日 2. 平成	

＜受験申込書・写真票記入上の注意点＞

1. 黒又は青のボールペンを使用してください。
2. 文字はかい書で、数字は算用数字で記入してください。
3. 「氏名」、「生年月日」は、戸籍の記載どおりに記入してください。
4. 「署名」欄は、申込者本人が自書で記入してください。
身体障害等により署名が困難な場合は代筆者氏名も記入してください。
5. 「受験資格に該当する国家資格等」欄は、国家資格を有する場合は、取得している資格(複数の場合は全て)の資格コードを P.9 を見て記入し、資格を証明するため添付した書類の名称(例:介護福祉士登録証 等)を記入してください。資格提出見込受験の場合も、添付書類名を記入してください。
6. 「受験地の基準」の欄は、P.7 を参照し、該当する番号のいずれかを必ず○で囲んでください。
7. 「身体障害者等受験特別措置の希望」は、P.14～15 を参照し、希望の有無を○で囲んでください。
※「無」の場合も必ず○をつけてください。記入されていない場合は、無いものと判断し、特別配慮は行いませんのでご注意ください。
8. 「現住所」欄は、都道府県名、市区町村名、字、番地、アパート等の室番号まで正確に記入してください。
9. 「現勤務先」欄は、法人名だけでなく、事業所名まで記入してください。
無職の場合は記入不要です。
10. 「都道府県コード」「市区町村コード」は、P.36 を参照し、正確に記入してください。(県外の場合「市区町村コード」は一律「900」)
11. 「受験資格に該当する実務経験等」欄は、実務経験証明書に基づき「受験資格職種コード」(P.9 参照)「勤務先等の名称」「職種名」「実務経験期間」「従事期間・日数」を経験順に記入してください。なお、**業務従事日数欄が単独で 900 日または 1,800 日を上回る場合は、「900 日以上」または「1,800 日以上」と記入してください。それ以外の方は具体的な従事日数を記入してください。**
12. 受験申込書と写真票は、切り離さずに提出してください。

証明者の方へ

～実務経験（見込）証明書作成についての留意事項～

実務経験証明書及び実務経験見込証明書の作成にあたっては、次の点にご留意のうえ、また、記入例をご参照のうえ記入してください。

○記載内容に漏れや不備、不明な点がある場合

千葉県社会福祉協議会からご担当者へ、内容確認のお問い合わせをさせていただくことがありますのでご了承ください。

○実務経験見込証明書の場合

後日、見込期間を経過し受験資格を満たした時点で、受験者に対し、確定した内容で再度「実務経験証明書」の発行をお願いします（※試験に欠席した場合でも、提出が必要です）。

受験者から千葉県社会福祉協議会への提出期限は１０月３０日（火）です。

○実務経験証明書の証明者が受験者本人と同一の場合

本人が発行する実務経験証明書（この場合のみ、本人による自書可）に併せて、開業許可書、認可書、届出書、業務委託契約書等の客観的に証明できる書類の写しを添付してください。

平成 30 年度実務経験証明書

千葉県社会福祉協議会長 様

平成 30 年 月 日

2

証明者

（必ず所属長等の証明権限を有する方が記載し、代表者職印を押印してください）

所在地		〒		—	
法人名・施設又は事業所名					
代表者	職名	氏名		印	
担当者連絡先	電話番号	氏名			
	職名	氏名			

（受験申込者が自書した場合は無効となります）

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。

(フリガナ) 氏 名	3	生年月日 昭和 平成 年 月 日
法 人 名		職種名
施設又は事業所名		4
直接対人援助 業務従事期間	5	昭和 平成 年 月 日から平成 年 月 日
業務従事日数	6	通算 日
具体的業務内容	7	
開設年月日等	8	
備考	9	

【留意事項（主なもの）】

項 目	留意事項
1 証明日	証明した日を記入してください。 (平成30年5月21日以降に証明してください)
2 証明者	- 証明者は、法人代表者、施設・事業所の長等の証明権限を有する方が証明し、必ず職印を押印してください。個人経営等で公印がない場合は、公的書類などで使用する個人印を使用してください。 三文判、ゴム印（その他、インクで押印する簡易なもの）は不可です。 証明者と職印の相違があるもの（例：理事長の証明で施設長印）は無効です。 - 担当者欄には、担当される方の氏名及びその方と連絡が取れる電話番号を必ず記入してください。
3 受験者氏名	過去に勤務された方で姓が変更になった場合は（旧姓〇〇）と記入してください。
4 職種名	実際に従事している職種名を記入してください。 (例：生活相談員、介護職員、訪問介護員、生活支援員等)
5 対人援助業務 期間	- 受験者が受験資格である「要援護者に対し、直接的な援助業務を行っていた期間」を記入してください。(研究事業・教育事業・事務等は期間に算入できません) 国家資格に基づく業務の場合は登録日以降を算入します。 - 受験者が在職中の場合は、期間は証明日までとしてください。 ※見込の場合、見込期間は平成30年10月13日(試験日の前日)まで参入可能です。 1ヶ月間(月の初日～月末の間)の内に1日も勤務実態のない月は期間に算入できません。<u>育児休業等の長期の休業期間・休職期間がある場合には備考欄にその期間を記入してください。</u>
6 業務従事日数	公休等を除き、実際に受験資格に該当する業務を行った日数を記入してください。 900日未満の場合は「3. その他」に○を付け、()内に必ず具体的な日数を記入してください。
7 具体的業務内容	被証明者の本来業務について、施設等種別と具体的な業務内容について記入してください。(証明書様式に記入例の記載があります。)
8 開設年月日等	- 開設年月日は当該施設、事業所等が都道府県知事等へ届け出を行った日を記入してください。 - 指定年月日は初回のを記入してください。 - 更新年月日は最新のものを記入してください。 - 廃止、閉鎖した施設、事業所はその年月日を記入してください。
9 備 考	次の場合は、この欄に記入してください。 - 統廃合等で事業所名等の変更がある場合にはその経緯 - 同一法人内で人事異動等により、事業所、職種、業務内容等に変更がある場合 - 派遣勤務の場合（派遣先の事業所名も記入してください） ※本欄に書ききれない場合は、適宜別紙に記載してください。

実務経験（見込）証明書の記入例について

ここでは、記入例 1～3 の 3 パターン及び実務経験見込証明書、従事日数内訳証明書の記入例を掲載しています。

【実務経験証明書記入例 1】（P. 45）

1 カ所の実務経験で受験資格要件を満たす方の例です。

（すべての記入例に共通事項）

※受験申込者本人の従事していた期間中あるいはそれ以降に、法人名・事業所名の変更や合併等の変更があった場合は、その経緯を備考欄に記載してください。

※国家資格に基づく実務経験の場合、業務従事期間の起算日は、資格登録日以降となります。記入例 1 の場合、就職した日が平成 25 年 4 月 1 日であっても、資格登録日が平成 25 年 4 月 5 日である場合、業務従事期間は 4 月 5 日からとなります（4 月 1～4 日は非該当となります）ので、注意してください。

【実務経験証明書記入例 2】（P. 46）

同一法人で、複数事業所の実務経験を証明する場合の例です。

人事異動等により、同一法人で複数事業所での実務経験がある場合、法人代表者（理事長、代表取締役社長等）の証明であれば、例示のように複数事業所分を 1 枚にまとめて証明していただくことができます。

その場合は、例示のように、業務従事期間の内訳等を備考欄に明記してください。

なお、事業所等の代表者（施設長、病院長等）が証明する場合は、事業所ごとの証明となるので、実務経験証明書は複数枚（実務経験のある事業所数分）となります。

【実務経験見込証明書記入例】（P. 47）

見込期間は、最長で試験日の前日（平成 30 年 10 月 13 日）までですので、それまでの期間内で、受験資格要件を満たす日までを業務従事期間としてください。

異なる複数事業所の実務経験がある場合、現在従事している事業所分のみを実務経験見込証明書様式にて証明し、それ以前に従事していた事業所分については、実務経験証明書様式にて証明してください。

実務経験見込証明書の提出による受験の場合、実務経験が確定した時点の内容で再度、提出期限（10 月 30 日）までに実務経験証明書が提出されないと、受験は無効となりますので、提出期限に間に合うように実務経験証明書を発行できるよう、注意してください。

【従事日数内訳証明書記入例】（P. 48）

同一期間に複数の事業所に所属（かけもち）している場合に限り必要です。

実務経験証明書と併せて、該当するすべての事業所分が必要となります。

他事業所と重複している分の期間及び日数は、業務従事期間及び日数から除算されます。

【実務経験証明書記入例1】一力所の実務経験で受験資格要件を満たす場合

＜この様式は、千葉県社会福祉協議会のホームページからダウンロードできます。または、複数枚必要な場合はコピーして使用してください。＞

平成30年度実務経験証明書

平成 30 年 6 月 9 日

千葉県社会福祉協議会長 様

証明者 (必ず所属長等の証明権限を有する方が記載し、代表者職印を押印してください)

所在地		〒 272 — 0000	
		千葉県市川市〇〇〇〇1-2-3	
法人名・施設又は事業所名		社会福祉法人〇△会 特別養護老人ホーム〇 △ □	
代表者	職名	理事長	氏名 安房 三郎
担当者 連絡先	電話番号	047-000-0000	
	職名	事務長	氏名 房総 房子

理事長
の印

(受験申込者が自書した場合は無効となります)

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。

(フリガナ) 氏 名	(カイゴ サチコ) 介護 幸子	生年月日 昭和 平成 52 年 6 月 1 日
法 人 名	社会福祉法人〇△会	職種名
施設又は事業所名	特別養護老人ホーム〇△□	介護福祉士
直接対人援助 業務従事期間	昭和 平成 25 年 4 月 5 日から 昭和 平成 30 年 6 月 9 日	通算 5 年 2 月 5 日
業務従事日数	いずれかひとつに○をつけてください。 ※休日、休暇、病気、休職等で従事しなかった日を除いた実働日数 1. 900日以上 2. 1800日以上 3. その他 () 日	
具体的業務内容	特別養護老人ホームにおいて介護業務に従事	
開設年月日等	【施設、事業所の開設年月日を記入してください】 開設年月日 昭和・平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 【介護保険法又は障害者総合支援法に基づく事業の場合は、必ず記入してください。】 指定年月日 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 事業所番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 更新年月日 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 事業所番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 廃止年月日 平成 年 月 日 事業所番号	
備考	※法人名・事業所名の変更や合併等の変更がある場合は、その経緯をこの欄に記載してください。欄内に書ききれない場合は別紙に記載して添付してください。	

- (注) 1. 「直接対人援助業務従事期間」は要援護者に対する対人の直接的な援助を行っていた期間を記入してください。
 2. 「具体的業務内容」は、被証明者の本来業務について、具体的な業務内容及び施設種別等を記入してください。
 【記載例：指定訪問介護事業所において介護業務に従事、特定施設入居者生活介護において生活相談員として相談援助業務に従事、一般病院において看護業務に従事 等】
 3. 同一法人内で人事異動等により、事業所、職種、業務内容に変更がある場合は、その経緯がわかるように備考欄に記載してください。※複数枚に分けて証明書を作成していただいても結構です。
 4. 介護保険法（平成9年法律第123号）第69条の39第1項第2号により、不正の手段により登録を受けた場合は、介護支援専門員としての登録を消除する旨の規定が定められていますので、ご注意ください。
 5. この証明書は平成30年度に限り有効です。
 6. 上記の個人情報は試験の実施に利用し、合格者については、研修実施のため千葉県への情報提供を行います。
 (問い合わせ先) 千葉県社会福祉協議会 介護支援専門員養成班 043-204-1610

【実務経験証明書記入例2】 同一法人で複数事業所の実務経験を証明する場合

※同一法人でも施設長が証明する場合は施設単位の証明が必要です。

＜この様式は、千葉県社会福祉協議会のホームページからダウンロードできます。または、複数枚必要な場合はコピーして使用してください。＞

平成30年度実務経験証明書

平成 30 年 6 月 6 日

千葉県社会福祉協議会長 様

証明者 (必ず所属長等の証明権限を有する方が記載し、代表者職印を押印してください)

所在地	〒 260 - 8508 千葉県千葉市中央区千葉港 4-3		
法人名・施設又は事業所名	社会福祉法人なのはな会		
代表者	職名	理事長	氏名 菜の花 太郎
担当者 連絡先	電話番号	043-204-1610	
	職名	総務課長	氏名 菜の花 一郎

理事長
の印

(受験申込者が自書した場合は無効となります)

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。

(フリガナ) 氏 名	(カイゴ ハナコ) 介護 花子	生年月日 昭和 平成 45 年 8 月 8 日
法 人 名	社会福祉法人なのはな会	職種名 生活相談員 介護福祉士
施設又は事業所名	(備考欄に記載)	
直接対人援助 業務従事期間	昭和 平成 24 年 5 月 1 日から 昭和 平成 30 年 6 月 6 日	通算 6 年 1 月 6 日
業務従事日数	いずれかひとつに○をつけてください。 ※休日、休暇、病気、休職等で従事しなかった日を除いた実働日数 1. 900日以上 2. 1800日以上 3. その他 () 日	
具体的業務内容	特別養護老人ホームにおいて生活相談員として相談援助業務に従事 デイサービスセンターにおいて介護福祉士として介護業務に従事	
開設年月日等	【施設、事業所の開設年月日を記入してください】 開設年月日 平成 年 月 日 【介護保険法又は障害者総合支援法に基づく事業の場合は、必ず記入してください。】 指定年月日 平成 年 月 日 事業所番号 更新年月日 平成 年 月 日 事業所番号 廃止年月日 平成 年 月 日 事業所番号	
備考	① 特別養護老人ホーム〇〇苑：平成24年5月1日～平成26年3月31日 指定年月日 平成13年4月1日 事業所番号〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 ② 〇〇苑デイサービスセンター：平成26年4月1日～平成30年6月6日 指定年月日 平成13年4月1日 事業所番号〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	

- (注) 1. 「直接対人援助業務従事期間」は要援護者に対する対人の直接的な援助を行っていた期間を記入してください。
2. 「具体的業務内容」は、被証明者の本来業務について、具体的な業務内容及び施設種別等を記入してください。
【記載例：指定訪問介護事業所において介護業務に従事、特定施設入居者生活介護において生活相談員として相談援助業務に従事、一般病院において看護業務に従事 等】
3. 同一法人内で人事異動等により、事業所、職種、業務内容に変更がある場合は、その経緯がわかるように備考欄に記載してください。※複数枚に分けて証明書を作成していただいても結構です。
4. 介護保険法（平成9年法律第123号）第69条の39第1項第2号により、不正の手段により登録を受けた場合は、介護支援専門員としての登録を削除する旨の規定が定められていますので、ご注意ください。
5. この証明書は平成30年度に限り有効です。
6. 上記の個人情報は試験の実施に利用し、合格者については、研修実施のため千葉県への情報提供を行います。
(問い合わせ先) 千葉県社会福祉協議会 介護支援専門員養成班 043-204-161

【実務経験見込証明書記入例】

※注）この例のように同一法人で複数の事業所の実務経験を証明している場合、証明者が施設長である場合は、施設単位の証明（複数枚）が必要です。その場合、見込でない分（この例では特養分）は実務経験証明書様式、見込の分（この例ではデイサービス分）は実務経験見込証明書様式による証明となります。

＜この様式は、千葉県社会福祉協議会のホームページからダウンロードできます。＞

平成30年度実務経験見込証明書

平成 30 年 6 月 6 日

千葉県社会福祉協議会長 様

証明者 (必ず所属長等の証明権限を有する方が記載し、代表者職印を押印してください)

所在地	〒260 - 8508 千葉県千葉市中央区千葉港4-3		
法人名・施設又は事業所名	社会福祉法人なのはな会		
代表者	職名	氏名	理事長 の印
		菜の花 太郎	
担当者 連絡先	電話番号	043-204-1610	
	職名	氏名	
		菜の花 一郎	

(受験申込者が自書した場合は無効となります)

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。

(フリガナ) 氏 名	(カイゴ ジロウ) 介護 二郎	生年月日 昭和 平成 55年11月 4日
法 人 名	社会福祉法人なのはな会	職種名 介護福祉
施設又は事業所名	(備考欄に記載)	施設長が代表者となる場合は施設長印 ※代表者印が無い場合は無効となります。 ※三文判・ゴム印は不可
直接対人援助業務従事期間	昭和 平成 25年 8月 1日から平成 30年 7月 31日	通算 5年 月
業務従事日数	いずれかひとつに○をつけてください。 ※休日、休暇、病気、退職等で従事し 1. 900日以上 2. 1800	受験資格要件を満たす日で記入してください。
具体的業務内容	特別養護老人ホーム、デイサービスセンターにおいて介護業務に従事	
開設年月日等	【施設、事業所の開設年月日を記入してください】 開設年月日 平成 年 月 日 【介護保険法又は障害者総合支援法に基づく事業の場合は、必ず記入してください。】 指定年月日 平成 年 月 日 事業所番号 更新年月日 平成 年 月 日 事業所番号	
備考	① 特別養護老人ホーム〇〇苑：平成25年8月1日～平成26年3月31日 指定年月日 平成13年4月1日 事業所番号〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 ② 〇〇苑デイサービスセンター：平成26年4月1日～平成30年7月31日（見込） 指定年月日 平成13年4月1日 事業所番号〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	

- (注) 1. 「直接対人援助業務従事期間」は要援護者に対する対人の直接的な援助を行っていた期間を記入してください。
2. 「具体的業務内容」は、被証明者の本来業務について、具体的な業務内容及び施設種別等を記入してください。
【記載例：指定訪問介護事業所において介護業務に従事、特定施設入居者生活介護において生活相談員として相談援助業務に従事、一般病院において看護業務に従事 等】
3. 同一法人内で人事異動等により、事業所、職種、業務内容に変更がある場合は、その経緯がわかるように備考欄に記載してください。※複数枚に分けて証明書を作成していただいても結構です。
4. 介護保険法（平成9年法律第123号）第69条の39第1項第2号により、不正の手段により登録を受けた場合は、介護支援専門員としての登録を消除する旨の規定が定められていますので、ご注意ください。
5. この証明書は平成30年度に限り有効です。
6. 上記の個人情報は試験の実施に利用し、合格者については、研修実施のため千葉県への情報提供を行います。
7. 10月30日（消印有効）までに改めて実務経験証明書を提出してください。提出のない場合は、受験は無効になります。
(問い合わせ先) 千葉県社会福祉協議会 介護支援専門員養成班 043-204-1610

【従事日数内訳証明書記入例】

＜この様式は、千葉県社会福祉協議会のホームページからダウンロードできます。または、このページをコピーして使用してください＞

従 事 日 数 内 訳 証 明 書

平成30年 6月 6日

千葉県社会福祉協議会長 様

証明者(必ず所属長等の証明権限を有する方が記載し、代表者職印を押印してください)

所在地		〒261-0000	
		千葉県千葉市美浜区〇〇〇1-1	
法人名・施設又は事業者名		株式会社〇〇	
代表者	職名	代表取締役社長	氏名 下総 三郎
担当者 連絡先	電話番号	043-000-0000	氏名 下総 二郎
	職名	事務長	

代表取締役社長印

(受験申込者が自書した場合は無効となります)

受験申込者 (氏名) 介護 良子 の受験資格に係る業務に従事した日数を次のとおり証明します。

(業務についた日のみ〇印をつけてください。)

H26年6月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	11日
年7月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	15日
年8月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	14日
年9月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	14日
年10月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	13日
年11月	1	2	3	4	5	6	7	8																								0日
年12月	1	2	3	4	5	6	7	8																								0日
H27年1月	1	2	3	4	5	6	7	8																								0日
年 2月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	5日
年3月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	11日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13																			

「身体障害者等受験特別措置申請書」作成について

1. 特別措置申請に必要な書類

- (1) 「身体障害者等受験特別措置申請書」(P. 51)
- (2) 医師の診断書(P. 52～55のうち、該当するもの)又は身体障害者手帳の写し
妊娠中の場合は、母子健康手帳の写し(氏名、出産予定日が記載されている部分)

2. 「身体障害者等受験特別措置申請書」作成上の注意

- (1) この申請書は、本人又は記入代理者(受験者と相談のうえ)が、記入してください。
- (2) 「(4) 各欄の記入方法」を参照し、**黒又は青のボールペン**を使用し正確に記入してください。
- (3) 誤って記入した場合は、その部分を二重線で消し、訂正してください。
- (4) 各欄の記入方法

区 分	記 入 方 法 等
「整理番号」欄	この欄は記入しないでください。
「氏名」欄	漢字で記入してください。
「性別」欄	該当する文字を○で囲んでください。
「身体障害の程度」欄	該当する事項について、「該当する」の文字を○で囲んでください。この場合必ず1欄のみに記入してください。 身体障害者手帳の交付を受けている方は、交付番号及び交付年月日等についても記入してください。 下の欄には、症状及び日常生活での状況等を詳しく記入してください。 (例)「下肢障害のため車いすを使用している。」 「洋式トイレを介助なしで使用できる。」
「受験に際して希望する措置」の欄	該当する事項の、「希望する」の文字を○で囲んでください。 該当する希望事項がない場合には、「その他」欄の「希望する」の文字を○で囲み、上側にどのような措置を希望するか詳しく記入してください。 特に希望する事項がない場合には、右最下欄の「希望しない」の文字を○で囲んでください。
「受験者の現住所・連絡電話番号」の欄	緊急の連絡の場合に必要となりますので、必ず記入してください。 アパート等の場合は、名称、室名又は○○様方まで正確に記入してください。 (注) 現住所・連絡電話番号に変更があった場合には、「記載事項変更届」(P. 56)に新旧の事項を明記し、速やかに簡易書留で届け出てください。
「記入者名」欄	本人又は記入代理人が署名、押印してください。

【身体障害者等受験特別措置申請書の記入例】

(様式1)

介護支援専門員実務研修受講試験 身体障害者等受験特別措置申請書

整理番号	氏名	生年月日	性別
※	介護 一郎	昭和 平成 39 年 5 月 5 日生	男・女

身体障害の程度	該当する事項の欄の「該当する」の文字を一つだけ囲むこと。										
	視覚障害者		聴覚障害者		肢体不自由者				病弱者		障害等を併せもつ者
	障害の程度にかかわらず日常生活で点字を使用している者	強度の弱視者で、良い方の眼の矯正視力が0.15未満の者	左記以外の視覚障害者	両耳の平均聴力レベルが100デシベル以上の者	左記以外の聴覚障害者	体幹の機能障害により座位を保つことができない者又は困難な者	上肢の機能障害により筆記をすることができない者又は困難な者	下肢の機能障害により歩行をすることができない者又は困難な者	左記以外の肢体不自由者(左記障害の重複を含む)	慢性的胸部、心臓、腎臓疾患等の状態で6月以上の医療・生活規則を必要とする者又はこれに準ずる者	
該当する	該当する	該当する	該当する	該当する	該当する	該当する	該当する	該当する	該当する	該当する	
この欄に、症状及び日常生活での状況等を詳しく記入すること。 (・身体障害者手帳交付番号: 980921 ・交付年月日: S63.5.1 ・障害名: 視覚障害 ・等級: 1 級)											
糖尿病性網膜症による視力障害 右0、左0 日常生活で常に点字、杖を使用している。											

障害者手帳の内容を記入

受験に際して希望する措置	該当する事項の欄の「希望する」の文字をすべて囲むこと。										
	視 覚 障 害 者										
	点字による解答(別室)	文字による解答(別室)	試験時間の延長(1.3倍)	拡大文字問題冊子の配布	録音テープ等(問題CD)併用	拡大鏡等の持参使用	窓側の明るい座席を指定	照明器具の準備	手話通訳者の付与	注意事項の文書による伝達	座席を前列に指定
	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する
	聴覚障害者										
	補聴器の持参使用	チェックによる解答(別室)	試験時間の延長(1.3倍)	試験室における介助者の付与	別室の設定	試験室を1階に設定	洋式トイレに近接する試験室に指定	特製機の持参使用	特製機の試験会場側での準備	車いすの持参使用	つえの持参使用
希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	
肢体不自由・病弱者等											
試験室入口までの付添者の同伴											
試験会場への乗用車での入構											
希望する											
希望しない											

受験者の現住所・連絡電話番号	〒260-8508 千葉市中央区千葉港4-3 連絡電話番号(043) 204-1610	記入者名	介護 次郎 印
----------------	---	------	---------

※千葉県社会福祉協議会記入欄

印鑑を忘れずに
押してください

〈このページをコピーして使用してください〉

(様式1)

介護支援専門員実務研修受講試験 身体障害者等受験特別措置申請書

整 理 番 号	氏 名	生 年 月 日	性 別
※		昭和 平成 年 月 日生	男 ・ 女

身 体 障 害 の 程 度	該当する事項の欄の「該当する」の文字を一つだけ囲むこと。										
	視覚障害者			聴覚障害者		肢 体 不 自 由 者			病弱者		障 害 等 を 併 せ も つ 者
	障害の程 度にかか わらず日 常生活で 点字を使 用している 者	強度の弱 視者で、 良い方の 眼の矯正 視力が 0.15未満 の者	左記以外 の視覚障 害者	両耳の平 均聴力レ ベルが 100デシ ベル以上 の者	左記以外 の聴力障 害者	体幹の機 能障害に より座位 を保つこ とができ ない者又 は困難な 者	上肢の機 能障害に より筆記を することが できない 者又は 困難な 者	下肢の機 能障害に より歩行を することが できない 者又は 困難な 者	左記以外 の肢体不 自由者(左 記障害の 重複を含 む)	慢性の胸部、 心臓、腎臓疾 患等の状態で 6月以上の医 療・生活規則 を必要とする 者又はこれに 準ずる者	
	該当する	該当する	該当する	該当する	該当する	該当する	該当する	該当する	該当する	該当する	
	この欄に、症状及び日常生活での状況等を詳しく記入すること。 (・身体障害者手帳交付番号: ・交付年月日: ・障害名: ・等級: 級)										

受 験 に 際 し て 希 望 す る 措 置	該当する事項の欄の「希望する」の文字をすべて囲むこと。											
	視 覚 障 害 者									聴 覚 障 害 者		
	点字による 解答 (別 室)	文字に よる解 答 (別室)	試験時 間の延 長 (1.3倍)	拡大文 字問題 冊子の 配布	録音テープ等試験問題(CD)併用		拡大鏡等 の持参使 用	窓側の明 るい座席 を指定	照明器 具の準 備	手話通 訳者の 付与	注意事 項の文 書によ る伝達	座席を 前列に 指定
					CD							
					視覚障害者用 CD読書機の特 参使用	再生機の特参 使用						
	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	
	聴覚障害者 肢 体 不 自 由 ・ 病 弱 者 等											
	補聴器の 持参使用	チェックに よる解答 (別 室)	試験時間 の延長 (1.3倍)	試験室に おける介 助者の付 与	別室の設 定	試験室を1 階に設定	洋式トイレ に近接す る試験室 に指定	特製機の 持参使用	特製機の 試験会場 側での準 備	車いすの 持参使用	つえの特 参使用	
	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する	希望する		
	肢体不自由・病弱者等		その他(その他の場合には、この際に希望する措置事項を記入すること。)									
試験室入口 までの付添 者の同伴	試験会場へ の乗用車で の入構								受験に際して希望する 特別な措置			
希望する	希望する	希望する							希望しない			

受験者の現住所・ 連絡電話番号		記入者名	印
--------------------	--	------	---

※千葉県社会福祉協議会記入欄

〈このページをコピーして使用してください〉

(様式2)

診断・意見書（視覚障害関係）

氏名：	昭和・平成	年	月	日生	男・女
住所：					
診断名					
現症	視力				
	右(× D Cyl D A×)				
	左(× D Cyl D A×)				
	視力以外の視機能障害(視野狭窄、眼球震盪、近距離視力等)、その他参考となる経過・現症				
上記のとおり診断する。					
平成 年 月 日					
病院又は診療所の名称					
所在地					
診療担当科目		科	医師氏名		印

お願い：この「診断・意見書」は、介護支援専門員実務研修受講試験において、受験者の希望する特別措置の可否を決定するための資料となりますので、できるだけ具体的に記入してください。

千葉県社会福祉協議会 会長 白戸章雄

〈このページをコピーして使用してください〉

(様式3)

診断・意見書（聴覚障害関係）

氏名：	昭和・平成	年	月	日生	男・女				
住所：									
診断名									
現 症	(1) 聴力(会話音域の平均聴力レベル)								
	<table border="1"><tr><td>右</td><td>dB</td></tr><tr><td>左</td><td>dB</td></tr></table>					右	dB	左	dB
	右	dB							
	左	dB							
(2) 障害の種類									
<table border="1"><tr><td>伝音性難聴</td></tr><tr><td>感音性難聴</td></tr><tr><td>混合性難聴</td></tr></table>					伝音性難聴	感音性難聴	混合性難聴		
伝音性難聴									
感音性難聴									
混合性難聴									
(3) 聴力以外の障害・その他参考となる経過・現症									
上記のとおり診断する。									
平成 年 月 日									
病院又は診療所の名称									
所在地									
診療担当科目		科	医師氏名		印				

お願い：この「診断・意見書」は、介護支援専門員実務研修受講試験において、受験者の希望する特別措置の可否を決定するための資料となりますので、できるだけ具体的に記入してください。

千葉県社会福祉協議会 会長 白戸章雄

〈このページをコピーして使用してください〉

(様式4)

診断・意見書（肢体不自由関係）

氏名：	昭和・平成	年	月	日生	男・女
住所：					
診断名					
現症	体幹の機能障害(特に座位補助能力等)、上肢の機能障害(特に筆記能力等) その他参考となる経過・現症				

参考事項(医師が該当する項目の数字を○で囲んでください。)

1. 体幹の機能障害 (1) 座位の保持 ア、60分程度ならば可能である。 イ、90分程度ならば可能である。 ウ、120分程度ならば可能である。 エ、その他 () (2) 受験可能な姿勢 ア、仰臥位 イ、座位 ウ、腹臥位 エ、その他 ()	2. 上肢の機能障害 (1) 著しい障害 握る、摘む、なでる(手、指先の機能)、ものを持ち上げる、運ぶ、投げる、押す、引っ張る(腕の機能)等に著しい障害がある。 (2) 軽度の障害がある。 ア、精密な運動ができない。 イ、10kg以内のものしか下げることができない。
上記のとおり診断する。 平成 年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 診療担当科目 科 医師氏名 印	

お願い：この「診断・意見書」は、介護支援専門員実務研修受講試験において、受験者の希望する特別措置の可否を決定するための資料となりますので、できるだけ具体的に記入してください。

(注)「著しい障害」とは、次に掲げるものをいいます。

ア、機能障害のある上肢では、5 kg以内のものしか下げることができないもの。(手指で握っても、肘で下げてよい。)

イ、一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか二関節の機能を全廃したもの。

千葉県社会福祉協議会 会長 白戸章雄

〈このページをコピーして使用してください〉

(様式5)

診断・意見書（胸部、心臓、腎臓疾患等関係）

氏名：	昭和・平成	年	月	日生	男・女
住所：					
診断名					
現症	参考となる経過・現症				

参考事項(医師が該当する項目の数字を○で囲んでください。)

1. 体幹の機能障害 (1) 座位の保持 ア、60分程度ならば可能である。 イ、90分程度ならば可能である。 ウ、120分程度ならば可能である。 エ、その他（ ） (2) 受験可能な姿勢 ア、仰臥位 イ、座位 ウ、腹臥位 エ、その他（ ）	2. 歩行の状況 (1) 困難 (2) 著しく困難 (3) 歩行不可 (4) 車いす使用 (5) その他 3. 付添人 (1) 要 (2) 不要
上記のとおり診断する。 平成 年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 診療担当科目 科 医師氏名 印	

お願い：この「診断・意見書」は、介護支援専門員実務研修受講試験において、受験者の希望する特別措置の可否を決定するための資料となりますので、できるだけ具体的に記入してください。

千葉県社会福祉協議会 会長 白戸章雄

＜このページをコピーして使用してください＞

※試験申込後、試験申込書の記載事項に変更が生じた場合に、必要事項を記入し必要書類を添付のうえ提出してください。試験申込後に電話等で変更の連絡をした方も、本書式により提出してください。

平成30年度 千葉県介護支援専門員実務研修受講試験
申込書記載事項変更届

平成 年 月 日

千葉県社会福祉協議会長 様

フリガナ	
氏 名	
受験番号	
電話番号	

平成30年度千葉県介護支援専門員実務研修受講試験申込書の記載事項について、下記のとおり、**（氏名・住所・その他）**を変更しました。

※変更したものを○で囲んでください。

記

1 氏名変更 ※戸籍抄本を添付してください。

変更事項	(旧) 変更・訂正前	(新) 変更・訂正後
フリガナ		
氏 名		

2 住所変更 ※住民票を添付してください。

変更事項	(旧) 変更・訂正前	(新) 変更・訂正後
住 所	〒	〒
電話番号		

3 その他の変更（勤務先、電話番号等）

変更事項	(旧) 変更・訂正前	(新) 変更・訂正後
住 所	(名称) 〒	(名称) 〒
電話番号		

従事日数内訳証明書

千葉県社会福祉協議会長 様

所在地		〒		—	
法人名・施設又は事業者名					
代表者	職名		氏名	印	
担当者 連絡先	電話番号				
	職名		氏名		

受験申込者 (氏名)

の受験資格に係る業務に従事した日数を次のとおり
証明します。

(業務についた日のみ○印をつけてください。)

[illegible]

合計	日
----	---

この様式は、千葉県社会福祉協議会のホームページからダウンロードできます。または、複数枚必要な場合はコピーして使用してください。>

平成30年度実務経験証明書

平成 30 年 月 日

千葉県社会福祉協議会長 様

所在地 〒

施設又は事業所名

代表者職名及び氏名

印

連絡先電話番号

(担当者名

)

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。

(フリガナ) 氏 名	()	生年月日 昭和 平成 年 月 日
施設又は事業所名 (法人名等を含む 正式名称を記載)		職種名
直接対人援助 業務従事期間	昭和 平成 年 月 日から平成 年 月 日	通算 年 月 日
業務従事日数	いずれかひとつに○をつけてください。 ※休日、休暇、病気、休職等で従事しなかった日を除いた実働日数 1. 900日以上 2. 1800日以上 3. その他 () 日	
具体的業務内容		
開設年月日等	【施設、事業所の開設年月日を記入してください】 開設年月日 平成 年 月 日 【介護保険法又は障害者総合支援法に基づく事業の場合は、必ず記入してください。】 指定年月日 平成 年 月 日 事業所番号 更新年月日 平成 年 月 日 事業所番号 廃止年月日 平成 年 月 日 事業所番号	
備考		

(注意) 1. 必ず所属長等の証明権限を有する方が記載し、**代表者職印**を押印してください。

受験申込者が自書した場合は無効となります。

2. 「直接対人援助業務従事期間」は要援護者に対する対人の直接的な援助を行っていた期間を記入してください。

3. 「具体的業務内容」は、被証明者の本来業務について、具体的な業務内容及び施設種別等を記入してください。

【記載例：指定訪問介護事業所において介護業務に従事、特定施設入居者生活介護において生活相談員として相談援助業務に従事、一般病院において看護業務に従事 等】

4. 同一法人内で人事異動等により、事業所、職種、業務内容に変更がある場合は、その経緯がわかるように備考欄に記載してください。※複数枚に分けて証明書を作成していただいても結構です。

5. **事業所名の変更や、法人の移築、名称変更、合併等の変更がある場合は、その経緯を備考欄に記載してください。備考欄に書ききれない場合は別紙に記載して添付してください。**

6. 介護保険法（平成9年法律第123号）第69条の39第1項第2号により、**不正の手段により登録を受けた場合は、介護支援専門員としての登録を削除する**旨の規定が定められていますので、ご注意ください。

7. この証明書は平成30年度に限り有効です。

8. 上記の個人情報試験の実施に利用し、合格者については、研修実施のため千葉県への情報提供を行います。

(問い合わせ先) 千葉県社会福祉協議会 介護支援専門員養成班 043-204-1610

<この様式は、千葉県社会福祉協議会のホームページからダウンロードできます。または、このページをコピーして使用してください。>

平成30年度実務経験見込証明書

平成30年 月 日

千葉県社会福祉協議会長 様

所在地 〒

施設又は事業所名

代表者職名及び氏名



連絡先電話番号

(担当者名

)

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。

(フリガナ) 氏 名	()	生年月日 昭和 平成 年 月 日
施設又は事業所名 (法人名等を含む 正式名称を記載)		職種名
直接対人援助 業務従事期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日 ※期間を満たす日付を記入してください。	通算 年 月 日
業務従事日数	いずれかひとつに○をつけてください。 ※休日、休暇、病気、休職等で従事しなかった日を除いた実働日数 1. 900日以上 2. 1800日以上 3. その他 () 日	
具体的業務内容		
開設年月日等	【施設、事業所の開設年月日を記入してください】 開設年月日 平成 年 月 日 【介護保険法又は障害者総合支援法に基づく事業の場合は必ず記入してください。】 指定年月日 平成 年 月 日 事業所番号 更新年月日 平成 年 月 日 事業所番号	
備考		

(注意) 1.必ず所属長等の証明権限を有する方が記載し、代表者職印を押印してください。

受験申込者が自書した場合は無効となります。

2.「直接対人援助業務従事期間」は要援護者に対する対人の直接的な援助を行っていた期間を記入してください。

3.「具体的業務内容」は、被証明者の本来業務について、具体的な業務内容及び施設種別等を記入してください。

【記載例：指定訪問介護事業所において介護業務に従事、特定施設入居者生活介護において生活相談員として相談援助業務に従事、一般病院において看護業務に従事 等】

4.同一法人内で人事異動等により、事業所、職種、業務内容に変更がある場合は、その経緯がわかるように備考欄に記載してください。※複数枚に分けて証明書を作成していただいても結構です。

5.事業所名の変更や、法人の移築、名称変更、合併等の変更がある場合は、その経緯を備考欄に記載してください。備考欄に書ききれない場合は別紙に記載して添付してください。

6.介護保険法（平成9年法律第123号）第69条の39第1項第2号により、不正の手段により登録を受けた場合は、介護支援専門員としての登録を消除する旨の規定が定められていますので、ご注意ください。

7.この証明書は平成30年度に限り有効です。

8.上記の個人情報試験の実施に利用し、合格者については、研修実施のため千葉県への情報提供を行います。

9.実務経験見込証明書を提出した方は、**10月30日(消印有効)迄に改めて実務経験証明書を提出**してください。**提出のない場合は、受験は無効**になります。

(問い合わせ先) 千葉県社会福祉協議会 介護支援専門員養成班 043-204-1610

平成30年度千葉県介護支援専門員実務研修受講試験受験申込書

平成30年 月 日

千葉県社会福祉協議会長 様

この申込書に記載した内容は、事実と相違ないことを確約します。

※は事務局記載欄

試験問題作成手数料(700円)の納入については、千葉県社会福祉協議会に委任します。

フリガナ				性別		受験資格に該当する国家資格等			
署 名 (自書で記載)		(代筆者氏名)		1 男 2 女		国家資格有	資格コード	添付書類名 (資格登録証等)	登録年月日
									年 月 日
生 年 月 日 (年齢)		1 昭和 2 平成 年 月 日 (歳)					年 月 日		
							年 月 日		
身体障害者等受験特別措置の希望 (有の場合、別途申請書が必要です)		1 有 2 無					年 月 日		
						年 月 日			
受験地の 基準		1 現在、千葉県内で受験資格に該当する業務に従事している 2 現在、受験資格に該当する業務に従事していない(無職含)が、住所地が千葉県である		国家資格無		受験資格職種コード(例:201)			
				資 格 提 出 見込の場合⇒		添付書類名(申請手続書類等)			
現住所		〒 県・都						都道府県コード	
TEL		電話 () /携帯電話						市区町村コード	
現勤務先	名称					職種名			市区町村コード
	所在地	〒				TEL ()			
実務経験証明書の 内容を記入	受験資格職種コード	勤務先等の名称		職種名		実 務 経 験 期 間		従 事 年 月 数 従 事 日 数	
						(在職中・見込・退職) 年 月 日～ 年 月 日		年 月 日 日数 日	
						(在職中・見込・退職) 年 月 日～ 年 月 日		年 月 日 日数 日	
						(在職中・見込・退職) 年 月 日～ 年 月 日		年 月 日 日数 日	
						(在職中・見込・退職) 年 月 日～ 年 月 日		年 月 日 日数 日	
						(在職中・見込・退職) 年 月 日～ 年 月 日		年 月 日 日数 日	
実務経験見込証明書の提出の有無		1 有 2 無		期間・日数の合計		1. 5年かつ900日以上 2. 10年かつ1800日以上			

審査(※事務局記載欄)	見込 ☐		
-------------	-----------------------------	--	--

切り離さないでください

平成30年度
千葉県介護支援専門員実務研修受講試験
写真票

※受験番号	写真貼付 縦 4.5cm×横 3.5cm (6 か月以内に撮影)
フリガナ	写真の裏面に生年 月日と氏名を記入
氏名	※スナップ写真不可 パソコン印刷不可
生年月日 1. 昭和 年 月 日 2. 平成	※出欠確認欄

＜受験申込書・写真票記入上の注意点＞

1. 黒又は青のボールペンを使用してください。
2. 文字はかい書で、数字は算用数字で記入してください。
3. 「氏名」、「生年月日」は、戸籍の記載どおりに記入してください。
4. 「署名」欄は、申込者本人が自書で記入してください。
身体障害等により署名が困難な場合は代筆者氏名も記入してください。
5. 「**受験資格に該当する国家資格等**」欄は、国家資格を有する場合は、取得している資格(複数の場合は全て)の**資格コードを P.9 を見て記入し、資格を証明するため添付した書類の名称(例:介護福祉士登録証 等)を記入してください。資格提出見込受験の場合も、添付書類名を記入してください。**
6. 「**受験地の基準**」の欄は、P.7 を参照し、**該当する番号のいずれかを必ず○で囲んでください。**
7. 「**身体障害者等受験特別措置の希望**」は、P.14～15 を参照し、**希望の有無を○で囲んでください。**
※「無」の場合も必ず○をつけてください。記入されていない場合は、無いものと判断し、特別配慮は行いませんのでご注意ください。
8. 「**現住所**」欄は、都道府県名、市区町村名、字、番地、アパート等の室番まで正確に記入してください。
9. 「**現勤務先**」欄は、法人名だけでなく、事業所名まで記入してください。
無職の場合は記入不要です。
10. 「**都道府県コード**」「**市区町村コード**」は、P.36 を参照し、正確に記入してください。(県外の場合「市区町村コード」は一律「900」)
11. 「**受験資格に該当する実務経験等**」欄は、実務経験証明書に基づき「**受験資格職種コード**」(P.9 参照)「**勤務先等の名称**」「**職種名**」「**実務経験期間**」「**従事期間・日数**」を経験順に記入してください。なお、**業務従事日数欄が単独で 900 日または 1,800 日を上回る場合は、「900 日以上」または「1,800 日以上」と記入してください。それ以外の方は具体的な従事日数を記入してください。**
12. 受験申込書と写真票は、切り離さずに提出してください。

実務経験証明書の 内容を記入	受 験 資 格 職種コード	勤務先等の名称	職種名	実 務 経 験 期 間	従事年月 従事日数
				(在職中・見込・退職) 年 月 日～ 年 月 日	年 月 日 日数 日
				(在職中・見込・退職) 年 月 日～ 年 月 日	年 月 日 日数 日
				(在職中・見込・退職) 年 月 日～ 年 月 日	年 月 日 日数 日
				(在職中・見込・退職) 年 月 日～ 年 月 日	年 月 日 日数 日
				(在職中・見込・退職) 年 月 日～ 年 月 日	年 月 日 日数 日
				(在職中・見込・退職) 年 月 日～ 年 月 日	年 月 日 日数 日
				(在職中・見込・退職) 年 月 日～ 年 月 日	年 月 日 日数 日
				(在職中・見込・退職) 年 月 日～ 年 月 日	年 月 日 日数 日

受験手数料

払込受領書

貼付欄

原票を
はがれない
ように糊付け
してくださ
い。