様式第五（第２４条関係）（表面）

収　入　印　紙
（消印しないこと。）

介護福祉士試験受験申込書

フリガナ 氏　名	（姓）		（名）							※　整理番号			
生年月日	□明治 □大正 □昭和 □平成		年		月		日			性　別	□男	□女	
郵便番号				本　籍　地 （外国籍の場合は、その国籍）		都道 府県				本籍地コード			
フリガナ 現住所	都道 府県												
電話番号													
受験 希望地	都道 府県												
受験資格（裏面を参照のこと。）	□ 実務経験＋実務者研修	勤務先名		職種		期間	年　月 ～ 年　月						
		研修機関名					年　月 ～ 年　月						
	□ ＥＰＡ介護福祉士候補者＋実務経験	勤務先名		職種			年　月 ～ 年　月						
	□ 実務経験＋介護職員基礎研修課程＋喀痰吸引等研修	勤務先名		職種			年　月 ～ 年　月						
		研修機関名				修了年月	年　月						
		研修機関名				修了年月（見込み）	年　月						
	□ 高等学校等	学校名及び専攻科		卒業年月（見込み）		□昭和 □平成		年		月			
	□ 特例高等学校等＋実務経験（９月以上）	学校名及び専攻科		卒業年月		平成		年		月			
		勤務先名（実務経験）		職種		期間	年　月 ～ 年　月						
□ 受験資格に係る証明書に代わる受験票の提出		提出する受験票の試験実施回	第		回	提出する受験票の受験番号							
□ 実技試験免除申請		介護技術講習修了年月日（見込み）	平成		年		月		日				
□ 介護技術講習修了証明書に代わる受験票の提出		提出する受験票の試験実施回	□ 前回 □ 前々回			提出する受験票の受験番号							
身体に障害のある者等の受験上の配慮の希望			□ 有			□ 無							

上記により、介護福祉士試験を受験したいので申し込みます。

平成　　年　　月　　日

厚生労働大臣
指定試験機関代表者　殿

氏名　　㊞