

受験No ※記入不要

令和3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)

受付日	No

■ 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	〒		
緊急連絡先	講義の中止等、緊急に連絡を取る場合の連絡先 (携帯電話・携帯メール等) TEL : E-mail :		
現在の担当 部門 (※3)	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム(地域密着型を含む) <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設、介護医療院 <input type="checkbox"/> 介護型有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 通所介護、通所リハビリ(地域密着型・認知症対応型を含む) <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護(夜間対応型を含む) <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護		
最終学歴 (※4)	福祉系	<input type="checkbox"/> 大学卒 <input type="checkbox"/> 短大卒 <input type="checkbox"/> 専門学校卒 <input type="checkbox"/> 高等学校卒 <input type="checkbox"/> その他	福祉系以外 <input type="checkbox"/> 大学卒 <input type="checkbox"/> 短大卒 <input type="checkbox"/> 専門学校卒 <input type="checkbox"/> 高等学校卒 <input type="checkbox"/> その他
他の職務経験 (※5)	福祉系	通算期間 年 か月	福祉系以外 通算期間 年 か月
保健・医療 福祉に係る 主な資格 (※6)	免許・資格		取得年月
	介護福祉士 (<input checked="" type="checkbox"/> してください) <input type="checkbox"/> 取得なし ・ <input type="checkbox"/> 取得済み→		年 月
			年 月
			年 月
受験区分(※7)	<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 (※8)	<input type="checkbox"/> 購入する <input type="checkbox"/> しない ↳ テキスト送付先 <input type="checkbox"/> 施設・事業所 <input type="checkbox"/> 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、該当の種別に☑してください。
- ※4 最終学歴は該当するものに☑してください。
- ※5 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。
- ※6 介護福祉士の資格の取得について☑してください。取得済みの場合は、取得年月を記入してください。その他の保健・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、精神保健福祉士、保健師、看護師、准看護師など
- ※7 令和2年受講修了者で認定試験未受験者、不合格者の方で、再受験の場合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。
- ※8 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・事業所か自宅か☑してください。

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3版)

第2巻～第4巻(第2版)

(定価11,000円税込)となります。

令和2年度講習会で使用したテキストと同じものです。

＜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 福祉事業課 内

電話：078-271-5326

Fax：078-271-5366

E-mail：kaigo@with-kobe.or.jp

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