

受験申込推薦書

所属長記入用

令和 年 月 日

受付日	No

施設・事業所名

推薦者役職

推薦者氏名

印

(注) 1

添付の受験申込書の内容に間違いはありませんので、下記の者を神戸市高齢者介護士認定試験の受験に推薦します。

法人名		介護保険 事業所番号	
施設・事業所名 (注) 2		代表者名 (注) 2	
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	☐ 会員※下記の所属団体に○をしてください ☐ 非会員 ・神戸市老人福祉施設連盟 ・神戸市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		
受験者氏名			
試験に関 する配慮	該当する場合は☑してください ☐ 外国人介護士につき、試験問題へのふりがな記載を希望。 ☐ 外国人介護士につき、試験時間延長を希望。 ☐ 障害のある受験者につき、障害に応じた配慮を希望。(別途相談)		
受験者に 期待すること (注) 3			

(注) 1. 推薦者は、法人代表者・施設長・管理者等の所属長が推薦してください。

2. 受験者が所属する施設・事業所名、代表者名をご記入ください。

3. 受験者に期待することは、事業所責任者として感じていることを記載して下さい。

※ 申込書類に記載された個人情報は、受験者の名簿、名札の作成など、受験事業の運営のために使用するほか、認定の手続き等のため神戸市に提出する名簿に使用いたします。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。

<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