

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 (注1)

印

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	<input type="checkbox"/> 会員※下記の所属団体に○をしてください <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> してください <input type="checkbox"/> 外国人介護士につき、試験時間延長及び試験問題へのふりがな記載を希望。 <input type="checkbox"/> 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)			
外国人の場合	母国		日本語能力	<input type="checkbox"/> N1 <input type="checkbox"/> N2 <input type="checkbox"/> N3 <input type="checkbox"/> N4 <input type="checkbox"/> N5 <input type="checkbox"/> 不明
	※試験時間延長及び試験問題へのふりがな記載を行います。講習会はテキストに沿う用語を使用し、配布資料にふりがなはありません。その点をご理解いただき、介護分野で使用される日常会話のある程度理解できる方を推薦いただきますようお願いいたします。			
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、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