

出願書類チェック表

※必ず確認の上、提出書類に添付してください。

封入、または確認したら☑

(全員) 受験願書 様式 1-1	□	
(全員) 写真の貼付け (裏面に氏名・生年月日記載)	□	
(全員) 受験願書 様式 1-2	□	
(全員) 振込金受取書、利用明細等原本の貼付け	□	
(該当者のみ) 過去受験票の貼付け (茨城県で直近2年以内受験した場合)	令和6年度 □	令和7年度 □
(全員※) 実務経験証明書 ※過去受験票貼付した場合省略可	□	
(全員) 実務経験証明書で証明された期間は合計で5年かつ900日を満たしている	□	
(全員) 関連する国家資格の免許証・登録証の写し	□	
(該当者のみ※) 開設証明願兼証明書の原本、または認可書等、代表者の氏名及び開業日、事業開始日等が確認できる公的機関が発行した書類の写し ※実務経験証明書の「代表者」欄と受験申込者自身の場合	□	
(該当者のみ※) 従事日数内訳証明書 ※事業所の掛け持ちなど、ダブルワークの期間がある場合	□	
(該当者のみ※) 戸籍抄本等 (原本) ※婚姻などにより「受験願書」に書かれた現在の氏名と国家資格等の免許証・登録証等、実務経験証明書、過去受験票の氏名が異なる場合	□	

以上、すべて確認しました。

確認年月日 令和8年 月 日

氏 名 _____

* 出願書類に不備がある場合、願書に記載された電話番号へ連絡をさせていただきます。
その際、業務委託先から連絡をすることがあります。

記入例

A4サイズ片面でコピー、または印刷してご使用ください。
令和8年度茨城県介護支援専門員実務研修受講試験受験願書

公益財団法人 介護労働安定センター茨城支部長 様

令和8年 6月 10日

本願書に記載した内容は事実と相違ないことを確約し、関係書類を添えて、
令和8年度茨城県介護支援専門員実務研修受講試験の受験を申し込みます。

見込受験の方は○をつけて下さい

写真貼り付け欄

戸籍抄本、外国人登録原票記載の文字で記入

1. 見込み受験

6か月以内撮影のもの
写真の裏面に氏名
および生年月日を記入
(縦45mm×横35mm)
※胸から上・正面・
脱帽・無背景。白黒可

ふりがな	いばらき		たろう							
氏名	姓	茨城		名	太郎					
生年月日(和暦)	<input checked="" type="radio"/> S・H	63	年	2	月	24	日	38	歳	
現住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇									
[受験票]送付先	茨城県〇〇市〇〇町〇-〇〇									
電話番号	受験申込に関するお問い合わせ等に使用します。平日昼間に連絡が取れる番号を2つ以上ご記入ください。 自宅 <input checked="" type="radio"/> 携帯 <input type="radio"/> 職場 <input type="radio"/> その他 () 自宅 <input checked="" type="radio"/> 携帯 <input type="radio"/> 職場 <input type="radio"/> その他 () 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇									
現在の業務内容(いずれかに☑)	<input checked="" type="checkbox"/>	受験資格に該当する業務(※P9~13参照)に従事している(→右欄記入)	現在の勤務先	社会福祉法人千波会 特別養護老人ホーム千波の郷				資格コード	2001	
	<input type="checkbox"/>	受験資格に該当しない業務に従事している、または無職である	勤務先所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 茨城県 〇〇市 〇〇町178				担当業務	介護職	

集合住宅の場合は、建物名、部屋番号まで記入すること。

算受等(受験資格)※提出資格	資格名	介護福祉士			資格登録年月日(和暦)	S <input checked="" type="radio"/> H <input checked="" type="radio"/> R 21 年 5 月			資格コード	1011	
		S・H・R				年 月 日			9~13ページの資格コード番号を記入する。 介護職		
目談員 支援相談員 相談支援専門員 主任相談支援員											

資格登録証の氏名と、現在の氏名が異なる場合、当時の氏名がわかる「戸籍抄本等(原本)」を添付してください。資格証の発行日です。

希望する

希望の理由・内容
過敏性腸症候群のため、出入口に近い席を希望

希望する方は右欄に○をつけてください。(申請書類作成について、後日、事務局からご連絡いたします。)

※証明書に記載の従事年数・勤務日数を転記	勤務先の名称	社会福祉法人千波会 デイサービスセンター白鳥の湖		業務内容	介護職	資格コード	1011	従事年数	1年 7ヶ月 20日	合計勤務日数	400 日間
	業務期間(和暦)	令和2年 5月 1日 ~ 令和3年 12月 20日迄									
	勤務先の名称	社会福祉法人千波会 デイサービスセンター白鳥の湖		業務内容	介護職	資格コード	1011	従事年数	2年 3ヶ月 20日	合計勤務日数	310 日間
	業務期間(和暦)	令和5年 1月 1日 ~ 令和7年 4月 20日迄									
	勤務先の名称	社会福祉法人千波会 特別養護老人ホーム千波の郷		業務内容	介護職	資格コード	1011	従事年数	1年 1ヶ月 11日	合計勤務日数	270 日間
	業務期間(和暦)	令和7年 4月 21日 ~ 令和8年 5月 31日迄									
勤務先の名称			業務内容		資格コード		従事年数	年 月 日	合計勤務日数	日間	
業務期間(和暦)	年 月 日迄										
勤務先の名称			業務内容		資格コード		従事年数	年 月 日	合計勤務日数	日間	
業務期間(和暦)	年 月 日 ~ 年 月 日迄										
通算	従事年月	5 年 0 月 20 日			見込受験の方(必ず充足した実務経験証明書を10月23日までに送付してください)						
	従事日数	980 日間			月 日頃に要件充足予定						

・実務経験証明書の添付が無い経歴は記入不要です。
・実務経験証明書の内容に基づいて記入してください。
・提出書類はすべて、コピーを保管してください。

振込金受取書、利用明細等の貼付けました(☑をつける) ※様式1-2へ「振込金受取書」「利用明細書」等の原本を貼り付けてください。

	①審査判定日	判定者	②審査判定日	判定者
※事務局記入欄				

記入例

振込金受取書・利用明細等貼付欄

の り し ろ	<p>受験手数料9,400円を振り込み 「振込金受取書」「利用明細書」等を のり付けて貼付してください。</p> <p>コピー不可</p> <p>残高部分は黒塗りしてください。</p>	<p>※事務局使用欄</p>
------------------	---	----------------

過去受験票貼付欄

<p>受験票の原本を貼付（受験票側を表面にする） （令和6年度、令和7年度茨城県受験のみ有効）</p> <p>受験票を貼付した場合、実務経験証明書の提出は不要です。 <u>※資格証等の写しは必要です</u></p> <p>紛失してしまった方は以下に○をつけ、 受験当時の受験番号と氏名を記入してください。</p>		
受験年度	令和6年	令和7年
受験番号・ 受験時氏名	00000 茨城 太郎	

令和8年度茨城県介護支援専門員実務研修受講試験受験願書

公益財団法人 介護労働安定センター茨城支部長 様

令和8年 月 日

本願書に記載した内容は事実と相違ないことを確約し、関係書類を添えて、令和8年度茨城県介護支援専門員実務研修受講試験の受験を申し込みます。

見込受験の方は○をつけて下さい	写真貼り付け欄 6か月以内撮影のもの 写真の裏面に氏名 および生年月日を記入 (縦45mm×横35mm) ※胸から上・正面・ 脱帽・無背景。白黒可
1. 見込み受験	

ふりがな		
氏名	姓	名
生年月日(和暦)	S・H 年 月 日	歳
現住所 (受験票送付先)	〒	
電話番号	受験申込に関するお問い合わせ等に使用します。平日昼間に連絡が取れる番号を2つ以上ご記入ください。 自宅 携帯 職場 その他 () 自宅 携帯 職場 その他 ()	
現在の業務内容(いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 受験資格に該当する業務(※P9～13参照)に従事している(→右欄記入)	現在の勤務先 〒 茨城県 勤務先所在地
	<input type="checkbox"/> 受験資格に該当しない業務に従事している、または無職である	資格コード 担当業務

算受して5年(以上)通過	資格名	資格登録年月日(和暦)	資格コード
	法定資格	S・H・R 年 月 日	
	相談援助業務	S・H・R 年 月 日	
※資格者証提出要	生活相談員 支援相談員 相談支援専門員 主任相談支援員		

身体障害等(ケガ、妊娠も含む)により、受験に際しての配慮を希望する方は右欄に○をつけてください。	希望する (申請書類作成について、後日、事務局からご連絡いたします。)	希望の理由・内容
--	--	----------

※証明書に実務経験の従事年数(古・新)を記載	勤務先の名称	業務内容	資格コード	従事年数 年 月 日	合計勤務日数 日間
	業務期間(和暦)	年 月 日 ~ 年 月 日迄			
	勤務先の名称	業務内容	資格コード	従事年数 年 月 日	合計勤務日数 日間
	業務期間(和暦)	年 月 日 ~ 年 月 日迄			
	勤務先の名称	業務内容	資格コード	従事年数 年 月 日	合計勤務日数 日間
	業務期間(和暦)	年 月 日 ~ 年 月 日迄			
	勤務先の名称	業務内容	資格コード	従事年数 年 月 日	合計勤務日数 日間
	業務期間(和暦)	年 月 日 ~ 年 月 日迄			
	勤務先の名称	業務内容	資格コード	従事年数 年 月 日	合計勤務日数 日間
	業務期間(和暦)	年 月 日 ~ 年 月 日迄			
通算 従事年月: 年 月 日				見込受験の方(必ず充足した実務経験証明書を10月23日までに送付してください)	
通算 従事日数: 日間				月 日頃に要件充足予定	

振込金受取書、利用明細等の貼付けました(☑をつける)	<input type="checkbox"/> ※様式1-2へ「振込金受取書」「利用明細書」等の原本を貼り付けてください。
----------------------------	--

	①審査判定日	判定者	②審査判定日	判定者
※事務局記入欄				

振込金受取書・利用明細等貼付欄

の り し ろ	<p>受験手数料9,400円を振り込み 「振込金受取書」「利用明細書」等を のり付けで貼付してください。</p> <p>コピー不可</p> <p>残高部分は黒塗りしてください。</p>	<p>※事務局使用欄</p>
------------------	---	----------------

過去受験票貼付欄

<p>受験票の原本を貼付（受験票側を表面にする） （令和6年度、令和7年度茨城県受験のみ有効）</p> <p>受験票を貼付した場合、実務経験証明書の提出は不要です。 <u>※資格証等の写しは必要です</u></p> <p>紛失してしまった方は以下に○をつけ、 受験当時の受験番号と氏名を記入してください。</p>		
受験年度	令和6年	令和7年
受験番号・ 受験時氏名		

記入例

安定センター茨城支部ホームページから印刷して使用してください。
※必ず、次ページの「実務経験を証明する事業所の方へ」も併せて、事業所の方にお渡しください。

令和8年度茨城県介護支援専門員実務研修受講試験 実務経験証明書（確定した証明・見込による証明）

※証明書が確定分か、見込みかどちらかのにレ印をつけてください。
※下記従事期間欄の終了日が証明日を超える場合、にレ印がなくとも「見込み」証明となります。

公益

- ・作成日と同じ日以前までの証明の場合は確定した証明に
- ・作成日以降の月日で5年かつ900日の要件を満たす場合は見込みによる証明に

令和8年 6月 5日

茨城県〇〇市〇〇町178
社会福祉法人千波会
デイサービスセンター白鳥の湖

名称

代表者職氏名

（担当者職氏名）

電話番号

公印

証明権者の印

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。

ふりがな	いばらき たらう		生年月日（和暦）	
受験者氏名	(姓) 茨城	(名) 太郎	昭和 58年 2月 24日生	
施設または事業所名 (法人名も記載)	※同一法人・団体等であっても勤務先施設・事業所等が複数ある場合は、それぞれ証明願います。 社会福祉法人千波会 デイサービスセンター白鳥の湖			
所在地	※本部・本社の住所ではなく、勤務先施設・事業所の住所を記入してください。 茨城県〇〇市〇〇町178			
施設等開所年月日	※勤務先施設・事業所の開所年月日を記入してください。 平成26年 4月 1日			
資格コード	1011	資格名称	介護福祉士	登録年月日 S・H・R 28年 3月30日
職種名	介護職			
	①S・H・R 2年5月1日 ~ S・H・R 3年12月20日		(1年7ヶ月20日)	
	②S・H・R 5年1月1日 ~ S・H・R 7年4月20日		(2年3ヶ月20日)	
	育休、療養・介護休業等を取 得た場合は取得前後に分けて記入		従事期間計 (3年10ヶ月40日)	
（暦） ※1資格登録 日以降から記入	※資格登録日以降で記入してください。 介護休業等の休業期間がある場合、休業取得前と休業取得後の期間で、行を分けて作 り、記載してください。 （准看護師から看護師、介護職から相談員等）した場合は、それぞれの期間ごとに用紙で 記載してください。			
上記のうち、休日等 をのぞき業務に 従事した実勤務日数	①の期間 400日間	②の期間 310日間	計 710日間	
	※休日、病気、産休など業務に従事しなかった日数は除いてください。訪問介護の場合、生活援助のみの日は除いてくださ い。 ※「●●日以上」と記入しても差し支えありませんが、その場合、「●●日」を確定した従事日数として判断します。			
業務内容 ※2	デイサービスセンターにおいて、食事・入浴・排泄介助を主とした介護業務に従事 看護補助、訪問介護の場合は間接的な業務や生活援助のみの場合は実務経験に含まれませんので、身 体介護を含む内容である事を具体的に記載してください。			

必ず記入すること。

具体的な業務を記載すること。
(要援護者に対する直接的な援助を
行なっていることがわかるように)

注意事項

記入例と「実務経験を証明する事業所の方へ」を参考に、所属長等の証明権限を有する方が記入し
てください。受験申込者が自筆した場合は無効となりますのでご注意ください。

※1 「直接的な対人援助業務従事期間」欄は、資格登録年月日以降に被証明者が要援護者に対し、
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。

※2 「業務内容」欄は、被証明者の本来業務について、具体的に「何の事業に、どのような職種で、
何をを行っているか」を具体的に記入してください。

※3 訂正の際は、二重線および訂正印（公印）にて訂正してください。

介護保険法第69条の31により、不正の手段によって、介護支援専門員実務研修受講試験を受け、又は受けようとした者に
対しては、合格の決定を取消し、又は受験を禁止することがありますのでご注意ください。

様式第2号

※コピーまたは介護労働安定センター茨城支部ホームページから印刷して使用してください

※記入例を参考に記入してください。※必ず、次ページの「実務経験を証明する事業所の方へ」も併せて、事業所の方にお渡しください。

令和8年度茨城県介護支援専門員実務研修受講試験 実務経験証明書（口確定した証明・口見込による証明）

※証明書が確定分か、見込みかどちらかの口にレ印をつけてください。
※下記従業期間欄の終了日が証明日を超える場合、口にレ印がなくとも「見込み」証明となります。

令和 8年 月 日

公益財団法人 介護労働安定センター茨城支部長 様

所在地

名称

代表者職氏名

公印

（担当者職氏名

）

電話番号

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。

ふりがな	(姓)	(名)	生年月日 (和暦)	
受験者氏名			年	月
			日生	
施設または事業所名 (法人名も記載)	※同一法人・団体等であっても勤務先施設・事業所等が複数ある場合は、それぞれ証明願います。			
所在地	※本部・本社の住所ではなく、勤務先施設・事業所の住所を記入してください。			
施設等開所年月日 (和暦)	※勤務先施設・事業所の開所年月日を記入してください。			
	年	月	日	
資格コード	資格名称	登録年月日	S・H・R	年 月 日
職種名				
直接的な対人援助 業務従事期間 (和暦) ※1 資格登録 日以降から記入	①S・H・R 年 月 日 ~ S・H・R 年 月 日 (年 ヶ月 日)			
	②S・H・R 年 月 日 ~ S・H・R 年 月 日 (年 ヶ月 日)			
	従事期間計		(年 ヶ月 日)	
上記のうち、休日等 をのぞき業務に 従事した実勤務日数	①の期間	日間	②の期間	日間
			計	日間
業務内容 ※2	看護補助、訪問介護の場合は間接的な業務や生活援助のみの場合は実務経験に含まれませんので、身体介護を含む内容である事を具体的に記載してください。			

注意事項	<p>記入例と「実務経験を証明する事業所の方へ」を参考に、所属長等の証明権限を有する方が記入してください。受験申込者が自筆した場合は無効となりますのでご注意ください。</p> <p>※1 「直接的な対人援助業務従事期間」欄は、資格登録年月日以降に被証明者が要援護者に対し、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。</p> <p>※2 「業務内容」欄は、被証明者の本来業務について、具体的に「何の事業に、どのような職種で、何を行っているか」を具体的に記入してください。</p> <p>※3 訂正の際は、二重線および訂正印（公印）にて訂正してください。</p>
<p>介護保険法第69条の31により、不正の手段によって、介護支援専門員実務研修受講試験を受け、又は受けようとした者に対しては、合格の決定を取消し、又は受験を禁止することがありますのでご注意ください。</p>	

実務経験を証明する事業所の方へ

実務経験証明書を作成するうえでの注意事項となります。
こちらをお読みいただき、不備のないようご記入ください。

- 1 実務経験証明書の証明日（証明書発行日）を必ず記入してください。
 - 2 法人（経営主体）又は施設・事業所の所在地、名称、電話番号を記入してください。
 - 3 代表者の職名及び氏名を記入し、証明者の公印（職印）等、公的な申請に使用する印鑑を使用してください。なお、訂正箇所は訂正印として公印（職印）を使用してください。
 - 4 担当者氏名を記入し、記載内容は、すべて記録に基づいて、証明者が記入してください。
 - ・被証明者（受験希望者）本人が記入したものは「無効」となります。ただし、個人開業者を除きます。
 - 5 受験者氏名、生年月日
 - ・受験希望者の勤務時の氏名を記入してください。
 - 6 施設または事業所名、所在地
 - ・被証明者（受験希望者）が勤務している（していた）施設等の名称及び住所を記入してください。
 - ・同一法人等であっても、施設・事業所等が複数ある場合は、各々の施設毎に証明書を発行してください。
 - 7 施設等開所年月日、事業開始年月日
 - ・当該施設・事業所等が県知事等の認可・許可・承認を受けた日、又は県知事等への届出を行った日を記入してください。
 - 8 直接的な対人援助業務従事期間
 - ・被証明者（受験希望者）が、**資格取得日以降**に、受験資格である「要援護者に対し、直接的な対人援助業務を行っていた期間」を記入してください。
 - ※事務や調理等の受験資格に該当しない従事期間は必ず除外してください。また、育児休業等の休職期間も除外されます。
 - ※国家資格を有している場合であっても、直接的な対人援助業務でない期間は算入できません。
 - 9 上記のうち業務に従事した日数
 - ・休日・休暇、研修、休職等で従事しなかった日を除いた日数（実際に受験資格に該当する業務で勤務した日数）を記入してください。訪問介護の場合、生活援助のみに従事した日は算入できません。
 - 10 職種名
 - ・施設・事業所等で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、介護職員等）
 - 11 業務内容
 - ・被証明者（受験希望者）の本来業務について、施設種別・事業種別等を含めて、具体的に記入してください。（特別養護老人ホームにおける介護職、通所介護事業所の機能訓練指導員、等）
 - 12 見込みによる「実務経験証明書」
 - ・見込みにより「実務経験証明書」を発行する場合は、勤務期間を最長で試験の前日まで算入してください。後日、見込期間を超過し受験資格を満たした時点で、被証明者（受験希望者）に対し、確定した日付、内容で再度「実務経験証明書」の発行をお願いします。
- ※ 証明内容に不備・不明点があった場合は、内容確認の問い合わせ・書類再提出をしていただくことがあります。

資格コード	資格名称
1001	医師
1002	歯科医師
1003	薬剤師
1004	保健師
1005	助産師
1006	看護師
1007	准看護師
1008	理学療法士
1009	作業療法士

資格コード	資格名称
1010	社会福祉士
1011	介護福祉士
1012	視能訓練士
1013	義肢装具士
1014	歯科衛生士
1015	言語聴覚士
1016	あん摩マッサージ指圧師
1017	はり師

資格コード	資格名称
1018	きゅう師
1019	柔道整復師
1020	栄養士
1021	管理栄養士
1022	精神保健福祉士
2001	生活相談員
2002	支援相談員
2003	相談支援専門員
2004	主任相談支援員

※コピー、または介護労働安定センター茨城支部ホームページから印刷して使用してください。
様式第3号

この書類は、実務経験証明書の代表者職氏名と受験者氏名が同一の場合に限り必要です。

※ただし、開業許可書、認可書、届出書、指定通知書等、代表者氏名・開業日又は事業開始日等が
確認できる書類(公的機関に提出し受理されたもの)の写しが提出できる場合は不要

開設証明願兼証明書

年 月 日

茨城県 保健所長 殿

住 所

氏 名 印

使用目的	茨城県介護支援専門員実務研修受講試験受験のため
------	-------------------------

下記のとおり()開設の 許可 届出 について証明願います。

記

1 開設者の氏名

2 名 称

3 所 在 地

4 開設許可(届出)年月日 年 月 日

(注)間に休止・廃止した時期があれば、追加して明記してください。

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

茨城県 保健所長 印

※ コピー、または介護労働安定センター茨城支部ホームページから印刷して使用してください。

様式第5号

茨城県介護支援専門員実務研修受講試験 受験願書記載事項変更届

年 月 日

ふりがな	
氏名	
受験番号	

※氏名欄は、受験申込時の氏名をご記入ください。

※受験番号欄は、受験票を受け取った後にこの変更届を提出する場
合にご記入ください。

※特定記録郵便で提出してください。

茨城県介護支援専門員実務研修受講試験受験願書の記載事項について、次のとおり変更いたしました。

1 氏名変更（戸籍抄本等原本を添付）

変更前(旧)氏名	変更後(新)氏名
ふりがな	ふりがな

2 住所変更

変更前(旧)住所	変更後(新)住所
〒	〒
TEL(自宅)() -	TEL(自宅)() -
(携帯)() -	(携帯)() -
(職場)() -	(職場)() -

※この変更届提出と合わせて、最寄りの郵便局に「転居届」を提出してください。

※電話番号、携帯番号のみの変更の場合もお知らせください。

3 その他

変更前(旧)※変更事項： _____	変更後(新)※変更事項： _____

※介護労働安定センター茨城支部ホームページから印刷してお手持ちの角形 2 号封筒に貼り付けて使用して下さい。

310-0021

茨城県水戸市南町 3 丁目 4-10

水戸 FF センタービル 6F

介護労働安定センター茨城支部

介護支援専門員実務研修受講試験担当 行

簡易書留

フリガナ		
氏名		
住所		

介護労働安定センター茨城支部 介護支援専門員実務研修受講試験事務局

問合せ 平日 9 時～12 時／13 時～16 時 30 分 電話 029-227-1215