

平成26年度介護支援専門員実務研修受講試験 準備講習会 & 模擬試験申込書

ふりがな					
氏名					
生年月日	昭和・平成	年	月	日生まれ	
現在の職種		保有資格			
※住所(自宅)	〒 - 住所 TEL FAX ※受講票・資料及び成績表を送付致します。				
連絡先電話番号	TEL - - (自宅・勤務先・携帯)				
	※緊急時連絡先が勤務先の方は事業所名をご記入ください。				
受 験 区 分					
		所 有 資 格		解答数	試験時間
※該当するものに○してください	<input type="radio"/>	1	法定資格がない場合	60問	120分
	<input type="radio"/>	2	社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士	45問	90分
	<input type="radio"/>	3	薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士(管理栄養士を含む)	45問	90分
	<input type="radio"/>	4	2と3の両方の資格	30問	60分
【講習2日目】 7月13日(日)	選 択	※必ず下記のいずれかに○をお願い致します。			
		<input type="radio"/>	保健医療サービス分野 (午前)	<input type="radio"/>	福祉サービス分野 (午後)
		<input type="radio"/>	保健医療・福祉サービス (午前・午後両方)		

※記載された個人情報は、本講習会及び模擬試験の運営管理目的のみに使用します。

送付先及び問合せ先

一般社団法人 宮崎県介護支援専門員協会 事務局
〒880-0001 宮崎市橘通西5丁目6-57 山崎ビル4階
TEL0985-61-1830 FAX0985-61-1832

受付時間 : 9:00~17:00

担 当 : 小島・立山