

**令和 4 年度**

**認定ケアマネジャー試験書類**

**記載マニュアル**

**JSCM**

Japan Society of Care Management

一般社団法人

**日本ケアマネジメント学会**

★必ず書類送付の際、同封してください。

## 認定ケアマネジャー資格試験 書類送付 チェックリスト

\*必ず□にチェック✓を入れて、書類送付の際、一番上に同封してください。

- ① ☐ 個人票に記載漏れはありませんか？(特にフリガナ・受験する種別など)
- ② ☐ 個人票に書類審査料振込完了のわかるものを貼り付けしていますか？
- ③ ☐ 【様式1】資格申請書は、記載漏れ、印鑑漏れはありませんか？
- ④ ☐ 【様式2】介護支援専門員証のカラーコピーは、鮮明に写っていますか？
- ⑤ ☐ 【様式3】実務経験証明書は、記載漏れ、印鑑漏れはありませんか？
- ⑥ ☐ 【様式4】担当事例が、試験要領で必要とされている事例数以上記載されていますか？
- ⑦ ☐ 【様式5】それぞれの事例は【様式 4】から選んだものでその事例番号が記載されていますか？
- ⑧ ☐ 【様式5】それぞれの事例概要の最後のページから、その事例の週間サービス計画表・【様式6】居宅サービス計画書(1)・(2)アセスメント表・サービス担当者会議の要点の順で並べていますか？\*様式6は事業所で使用の用紙でも結構です。
- ⑨ ☐ 様式5すべてとそれに続く添付書類のすべてに、個人を特定する氏名、事業所名、住所、電話番号についてマスキング、または記号等に置き換えられていますか？マスキングは用紙の裏から見ても読めませんか？
- ⑩ ☐ 以上、①～⑨の個人票を含めてすべて✓が入ったものが原本となります。原本はホチキス留めをせず、ひとまとめにして、クリップで留めましたか？(途中の細かなクリップ留め、付箋等もしないでください。)
- ⑪ ☐ 原本の個人票からすべてを3部コピーし、それぞれ、原本と同じようにクリップで留めましたか？(原本と同じ書類のセットが3部必要です)

☐ 送付書類は、このチェックリストと、原本プラスコピー3部(全部で4部)です。

全てのチェックが済みましたら、日本ケアマネジメント学会事務局まで送付してください。受付期間は令和4年6月1日(水)から7月29日(金)必着までとなります。

締切の翌日に到着した書類の受付はできません

## 日本ケアマネジメント学会 認定ケアマネジャー試験個人票

忘れずに  
添付して  
下さい

\*\*\*\*4部の申請書のそれぞれ一番前に添付してください\*\*\*\*

あなたが受験する種別について☑  
を入れてください（1つのみ）

- ☐ 居宅介護支援  
☐ 介護予防支援  
☐ 小規模多機能型居宅介護（看護小規模多機能型居宅介護含む）  
☐ 認知症対応型共同生活介護  
☐ 特定施設入居者施設介護（地域密着型含む）  
☐ 介護老人福祉施設（地域密着型含む）  
☐ 介護老人保健施設  
☐ 介護療養型医療施設  
☐ 介護医療院

■フリガナ（ ）

■氏名（会員番号： ）  
（ 男 ・ 女 ）

■生年月日（西暦） 年 月 日

■過去に「認定ケアマネジャー試験」の受験経験  
有り（ 年度受験 ） ・ 無し \* どちらかに○をつけてください

■所有資格（ケアマネジャーの受験資格となった資格）

|     | 〒 | 住 所         | 電 話   | FAX |
|-----|---|-------------|-------|-----|
| 自 宅 |   | 県名からご記入ください | 携帯No. |     |
| 勤務先 |   | 県名からご記入ください |       |     |

|       |  |
|-------|--|
| 勤務先名  |  |
| 勤務先役職 |  |

\* 余白に書類審査料振込完了がわかる書類を貼り付けしてください

一般社団法人 日本ケアマネジメント学会

## 令和4年度認定ケアマネジャー資格申請書

一般社団法人 日本ケアマネジメント学会 理事長 白澤 政和 殿

私は、日本ケアマネジメント学会認定ケアマネジャーの資格を申請いたします。

年 月 日

事業所名

所在地 〒

\* 現在、勤務されている事業所名・住所をご記入ください

学会会員No.

申請者氏名(自署)

印

## 経歴(略歴)書

〔資格〕(資格名と取得年月日を記入・基礎資格の他学会資格や認知症ケア関連の資格等も記入のこと)

〔主たる職歴〕(勤務した期間と勤務先名を記入・兼務の場合は兼務職種も記入のこと)

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 年 | 月 | ～ | 年 | 月 |
| 年 | 月 | ～ | 年 | 月 |
| 年 | 月 | ～ | 年 | 月 |
| 年 | 月 | ～ | 年 | 月 |
| 年 | 月 | ～ | 年 | 月 |

ケアマネジャーとしての  
職歴を記載して下さい

\* 書ききれない場合は2枚になっても結構です。

上記の申請者は、本事業所に勤務していることを証明する。

年 月 日

法人または事業所名

法人等代表者氏名

職印

※申請者が代表者と同一人の場合でも記入押印して下さい。

## 「介護支援専門員証」(写)

- \* カラーコピーを貼付けてください。(写真・文字が鮮明にわかるもの)
- \* 介護支援専門員証は当日も必ずご持参ください。

# 実務経験証明書

(実務経験先が異なり代表者が異なる場合は、それぞれ作成して下さい。)

氏 名 \_\_\_\_\_

上記の者は

- ☐ 居宅介護支援
- ☐ 介護予防支援
- ☐ 小規模多機能型居宅介護  
(看護小規模多機能型居宅介護含む)
- ☐ 認知症対応型共同生活介護
- ☐ 特定施設入居者生活介護
- ☐ 介護老人福祉施設
- ☐ 介護老人保健施設
- ☐ 介護療養型医療施設
- ☐ 介護医療院

における介護支援専門員として

実務経験が1事業所で  
3年に満たない場合は  
様式をコピーして3年  
分の証明書を作成して  
下さい

忘れずに  
チェック  
して下さい

次のとおり実務経験を有することを証明します。

|      |                         |
|------|-------------------------|
| 事業所名 |                         |
| 従事期間 | 年 月 日～ 年 月 日まで<br>現在に至る |

8月1日現在です

証明者

|                   |    |
|-------------------|----|
| 事業所の所在地           | 〒  |
| 代 表 者<br>(役職・氏名)  | 職印 |
| 電 話 番 号           |    |
| 証明書作成者<br>(役職・氏名) | 印  |

一般社団法人 日本ケアマネジメント学会

理事長 白澤 政和 殿

# 居宅介護支援・介護予防支援 用

〔様式4-1〕

担当事例数及び担当事例一覧(20例以上)

|                    |   |
|--------------------|---|
| 現在(申請時)に担当している全事例数 | 例 |
|--------------------|---|

〔担当事例〕

| 事例<br>番号 | 担当開始年月<br>新規・引継 | 年齢 | 性別 | 要介護度 | ケアプラン<br>(提供しているサービスの種類と回数等) |
|----------|-----------------|----|----|------|------------------------------|
| 1        | 年 月<br>新規・引継    |    |    |      |                              |
| 2        | 年 月<br>新規・引継    |    |    |      |                              |
| 3        | 年 月<br>新規・引継    |    |    |      |                              |
| 4        | 年 月<br>新規・引継    |    |    |      |                              |
| 5        | 年 月<br>新規・引継    |    |    |      |                              |
| 6        | 年 月<br>新規・引継    |    |    |      |                              |
| 7        | 年 月<br>新規・引継    |    |    |      |                              |
| 8        | 年 月<br>新規・引継    |    |    |      |                              |
| 9        | 年 月<br>新規・引継    |    |    |      |                              |
| 10       | 年 月<br>新規・引継    |    |    |      |                              |

この様式に記載された事例から3事例を選択し、様式5と様式6にはここに記載した事例番号を必ず記入して下さい

\* ケアプランは、訪問介護(看護)→訪介・デイサービス→DS・デイケア→DC  
ショートステイ→SS 等の略号でかまいません。

\* 新規・引継 どちらか該当する方へ○をしてください。

現在担当している事例が指定された事例数に満たない場合、過去の事例でも良いが自分が担当していた事例に限ります

〔担当事例〕

(用紙不足の場合はコピーしてください)

| 事例<br>番号 | 担当開始年月<br>新規・引継 | 年齢 | 性別 | 要介護<br>度 | ケアプラン<br>(提供しているサービスの種類と回数等) |
|----------|-----------------|----|----|----------|------------------------------|
| 11       | 年 月<br>新規・引継    |    |    |          |                              |
| 12       | 年 月<br>新規・引継    |    |    |          |                              |
| 13       | 年 月<br>新規・引継    |    |    |          |                              |
| 14       | 年 月<br>新規・引継    |    |    |          |                              |
| 15       | 年 月<br>新規・引継    |    |    |          |                              |
| 16       | 年 月<br>新規・引継    |    |    |          |                              |
| 17       | 年 月<br>新規・引継    |    |    |          |                              |
| 18       | 年 月<br>新規・引継    |    |    |          |                              |
| 19       | 年 月<br>新規・引継    |    |    |          |                              |
| 20       | 年 月<br>新規・引継    |    |    |          |                              |
| 21       | 年 月<br>新規・引継    |    |    |          |                              |
| 22       | 年 月<br>新規・引継    |    |    |          |                              |
| 23       | 年 月<br>新規・引継    |    |    |          |                              |
| 24       | 年 月<br>新規・引継    |    |    |          |                              |
| 25       | 年 月<br>新規・引継    |    |    |          |                              |



居宅以外の事業所種別の様式〔様式4-2～4-5〕も注意事項は同じです

小規模多機能型居宅介護用

〔様式4-2〕

担当事例数及び担当事例一覧(15例以上)

現在(申請時)に担当している全事例数  例  
〔担当事例〕

| 事例番号 | 担当開始年月<br>新規・引継 | 年齢 | 性別 | 要介護度 | 事例の概要                                                                                        |
|------|-----------------|----|----|------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | 年 月<br>新規・引継    |    |    |      | ○認知症自立度( ) ○障害老人自立度( )<br>○通い回数( 回 週) ○訪問回数( 回 週)<br>○泊回数( 回 月) ○その他サービス<br>例:福祉用具・訪問看護など( ) |

グループホーム 用

〔様式4-3〕

担当事例数及び担当事例一覧(8例以上)

現在(申請時)に担当している全事例数  例  
〔担当事例〕

| 事例番号 | 担当開始年月<br>新規・引継 | 年齢 | 性別 | 要介護度 | 事例の概要 ●は入居時と現在両方記入してください                                        |
|------|-----------------|----|----|------|-----------------------------------------------------------------|
| 1    | 年 月<br>新規・引継    |    |    |      | ○入居日:平成 年 月 ○入居時の要介護度( )<br>●認知症自立度(・) ●障害老人自立度(・)<br>○特記すべき事項: |

特定施設入居者生活介護 用

〔様式4-4〕

担当事例数及び担当事例一覧(20例以上)

現在(申請時)に担当している全事例数  例  
〔担当事例〕

| 事例番号 | 担当開始年月<br>新規・引継 | 年齢 | 性別 | 要介護度 | 事例の概要 ●は入居時と現在と両方記入してください                                       |
|------|-----------------|----|----|------|-----------------------------------------------------------------|
| 1    | 年 月<br>新規・引継    |    |    |      | ○入居日:平成 年 月 ○入居時の要介護度( )<br>●認知症自立度(・) ●障害老人自立度(・)<br>○特記すべき事項: |

介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院 用

〔様式4-5〕

担当事例数及び担当事例一覧(20例以上)

現在(申請時)に担当している全事例数  例  
〔担当事例〕

| 事例番号 | 担当開始年月<br>新規・引継 | 年齢 | 性別 | 要介護度 | 事例の概要 ●は入所時と現在と両方記入してください                                       |
|------|-----------------|----|----|------|-----------------------------------------------------------------|
| 1    | 年 月<br>新規・引継    |    |    |      | ○入所日:平成 年 月 ○入所時の要介護度( )<br>●認知症自立度(・) ●障害老人自立度(・)<br>○特記すべき事項: |
|      | 年 月             |    |    |      | ○入所日:平成 年 月 ○入所時の要介護度( )                                        |

## 事例概要1 (総合事業該当者・要支援・要介護1・2の事例から1例)

\* 名前(人、企業等)はすべて記号等でご記入ください。

様式4から選んだ事例番号を記入して下さい

|                 |              |   |     |                |
|-----------------|--------------|---|-----|----------------|
| 事例番号( )〔様式4〕の番号 |              | 歳 | 男 女 | 介護度            |
| 日常自立度           | 障害老人の日常生活自立度 |   |     | 認知症高齢者の日常生活自立度 |

担当開始日: 年 月 日 (新規・引き継ぎ) \* 該当に○をしてください

記入忘れのない様にして下さい

|                        |                       |               |         |                   |
|------------------------|-----------------------|---------------|---------|-------------------|
| 家族構成                   |                       |               |         |                   |
| 介護者の状況                 | 主介護者の年齢               | 歳             | 利用者との関係 |                   |
|                        | 主介護者に関する特記事項<br>(病弱等) |               |         |                   |
|                        | 副介護者の有無               | なし<br>あり→(役割) |         |                   |
| 要支援・要介護の主たる原因となった疾病・障害 |                       |               |         |                   |
| 治療中の主たる疾病              |                       |               |         | かかりつけ医<br>□あり □なし |

|                 |      |     |           |        |      |
|-----------------|------|-----|-----------|--------|------|
| A               | 食事摂取 | □自立 | □見守り・一部介助 | □中等度介護 | □全介助 |
|                 | 排泄   | □自立 | □見守り・一部介助 | □中等度介護 | □全介助 |
|                 | 入浴   | □自立 | □見守り・一部介助 | □中等度介護 | □全介助 |
| D               | 移動   | □自立 | □見守り・一部介助 | □中等度介護 | □全介助 |
|                 | 着替え  | □自立 | □見守り・一部介助 | □中等度介護 | □全介助 |
| L               | 整容   | □自立 | □見守り・一部介助 | □中等度介護 | □全介助 |
| 家事の遂行状況や一日の過ごし方 |      |     |           |        |      |

〔様式5-2～様式5-5〕までの注意事項は同じです

〔様式5-1-2頁〕

事例の概要(要支援・要介護に至った経過、介護保険申請時期、サービス開始時期、この事例の特記事項等)

この事例のニーズ(課題)及びこれらをニーズとした理由

①

②

③

④

⑤

ケアプラン（週間サービス計画表のコピーを添付し、その他のサービスは次の余白に記載してください。）

この事例について、次の①～④を添付してください。その際必ず個人を特定するものすべてをマスキングしてください。

①週間サービス計画書

②【様式6】居宅サービス計画書（１）（２）

※事業所使用の様式をそのまま添付しても結構です。

③アセスメント表

④サービス担当者会議議事録

※介護予防支援で受験される方は、①及び②については市町村で  
使用している様式を添付してください。

また、③の代わりに⑤利用者基本情報、⑥基本チェックリスト  
（最新のもの）を添付してください。

サービス提供後の変化

\*この事例の【様式 6-1】【6-2】アセスメント表・サービス担当者会議の要点を次ページに続けてください。

## 事例概要2 (要介護3・4・5の事例から1例)

\* 名前(人、企業等)はすべて記号等でご記入ください。

様式4から選んだ事例番号を記入して下さい

|                 |              |   |     |                |
|-----------------|--------------|---|-----|----------------|
| 事例番号( )〔様式4〕の番号 |              | 歳 | 男 女 | 介護度            |
| 日常自立度           | 障害老人の日常生活自立度 |   |     | 認知症高齢者の日常生活自立度 |

担当開始日: 年 月 日 (新規・引き継ぎ) \* 該当に○をしてください

記入忘れのない様にして下さい

|                    |                       |               |         |                   |
|--------------------|-----------------------|---------------|---------|-------------------|
| 家族構成               |                       |               |         |                   |
| 介護者の状況             | 主介護者の年齢               | 歳             | 利用者との関係 |                   |
|                    | 主介護者に関する特記事項<br>(病弱等) |               |         |                   |
|                    | 副介護者の有無               | なし<br>あり→(役割) |         |                   |
| 要介護の主たる原因となった疾病・障害 |                       |               |         |                   |
| 治療中の主たる疾病          |                       |               |         | かかりつけ医<br>□あり □なし |

|             |      |     |           |        |      |
|-------------|------|-----|-----------|--------|------|
| A<br>D<br>L | 食事摂取 | □自立 | □見守り・一部介助 | □中等度介護 | □全介助 |
|             | 排泄   | □自立 | □見守り・一部介助 | □中等度介護 | □全介助 |
|             | 入浴   | □自立 | □見守り・一部介助 | □中等度介護 | □全介助 |
|             | 移動   | □自立 | □見守り・一部介助 | □中等度介護 | □全介助 |
|             | 着替え  | □自立 | □見守り・一部介助 | □中等度介護 | □全介助 |
|             | 整容   | □自立 | □見守り・一部介助 | □中等度介護 | □全介助 |
| 一日の過ごし方     |      |     |           |        |      |

事例の概要（要介護に至った経過、介護保険申請時期、サービス開始時期、この事例の特記事項等）

この事例のニーズ（課題）及びこれらをニーズとした理由

①

②

③

④

⑤

ケアプラン（週間サービス計画表のコピーを添付し、その他のサービスは次の余白に記載してください。）

この事例について、次の①～④を添付してください。その際必ず個人を特定するものすべてをマスキングしてください。

①週間サービス計画書

②【様式6】居宅サービス計画書（1）（2）

※事業所使用の様式をそのまま添付しても結構です。

③アセスメント表

④サービス担当者会議議事録

※介護予防支援で受験される方は、①及び②については市町村で  
使用している様式を添付してください。

また、③の代わりに⑤利用者基本情報、⑥基本チェックリスト  
（最新のもの）を添付してください。

サービス提供後の変化

\*この事例の【様式 6-1】【6-2】アセスメント表・サービス担当者会議の要点を次ページに続けてください。

## 事例概要 3 (認知症を主とした事例から1例)

\* 名前(人、企業等)はすべて記号等でご記入ください。

様式4から選んだ事例番号を記入して下さい

|                                      |              |   |     |                |
|--------------------------------------|--------------|---|-----|----------------|
| 事例番号( ) [様式4]の番号                     |              | 歳 | 男 女 | 介護度            |
| 日常自立度                                | 障害老人の日常生活自立度 |   |     | 認知症高齢者の日常生活自立度 |
| 担当開始日: 年 月 日 (新規・引き継ぎ) * 該当に○をしてください |              |   |     |                |

記入忘れのない様にして下さい

|                    |                    |               |         |                   |
|--------------------|--------------------|---------------|---------|-------------------|
| 家族構成               |                    |               |         |                   |
| 介護者の状況             | 主介護者の年齢            | 歳             | 利用者との関係 |                   |
|                    | 主介護者に関する特記事項 (病弱等) |               |         |                   |
|                    | 副介護者の有無            | なし<br>あり→(役割) |         |                   |
| 要介護の主たる原因となった疾病・障害 |                    |               |         |                   |
| 治療中の主たる疾病          |                    |               |         | かかりつけ医<br>□あり □なし |

|                   |      |     |           |        |      |
|-------------------|------|-----|-----------|--------|------|
| A                 | 食事摂取 | □自立 | □見守り・一部介助 | □中等度介護 | □全介助 |
|                   | 排泄   | □自立 | □見守り・一部介助 | □中等度介護 | □全介助 |
|                   | 入浴   | □自立 | □見守り・一部介助 | □中等度介護 | □全介助 |
| D                 | 移動   | □自立 | □見守り・一部介助 | □中等度介護 | □全介助 |
|                   | 着替え  | □自立 | □見守り・一部介助 | □中等度介護 | □全介助 |
| L                 | 整容   | □自立 | □見守り・一部介助 | □中等度介護 | □全介助 |
| 認知症の行動・心理症状(BPSD) |      |     |           |        |      |



事例の概要(要介護に至った経過、介護保険申請時期、サービス開始時期、この事例の特記事項等)

この事例のニーズ(課題)及びこれらをニーズとした理由

①

②

③

④

⑤

ケアプラン（週間サービス計画表のコピーを添付し、その他のサービスは次の余白に記載してください。）

この事例について、次の①～④を添付してください。その際必ず個人を特定するものすべてをマスキングしてください。

①週間サービス計画書

②【様式6】居宅サービス計画書（1）（2）

※事業所使用の様式をそのまま添付しても結構です。

③アセスメント表

④サービス担当者会議議事録

※介護予防支援で受験される方は、①及び②については市町村で  
使用している様式を添付してください。

また、③の代わりに⑤利用者基本情報、⑥基本チェックリスト  
（最新のもの）を添付してください。

サービス提供後の変化

\*この事例の【様式 6-1】【6-2】アセスメント表・サービス担当者会議の要点を次ページに続けてください。

様式4から選んだ事例番号を記入して下さい

居宅サービス計画書（1）

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名（様式4の事例番号記入）

殿

※生年月日

年

月

日

居宅サービス計画作成（変更）日

年

月

日

初回居宅サービス計画作成日

年

月

日

認定日

年

月

日

認定の有効期間

年

月

日

～

年

月

日

要介護状態区分

要支援

・

要介護1

・

要介護2

・

要介護3

・

要介護4

・

要介護5

|                  |  |
|------------------|--|
| 利用者及び家族の生活に対する意向 |  |
|                  |  |
|                  |  |
|                  |  |
|                  |  |

|                        |  |
|------------------------|--|
| 介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定 |  |
|                        |  |
|                        |  |
|                        |  |
|                        |  |

個人が特定されるような情報については、イニシャルとは異なるアルファベットなどの記号を用いて記入し、事業所や電話番号などが記載されていないか必ず点検して下さい

|           |  |
|-----------|--|
| 総合的な援助の方針 |  |
|           |  |
|           |  |
|           |  |
|           |  |

様式6-2も注意事項は同じです

（注）※名前（人、企業等）はすべて記号等でご記入ください。

※3事例それぞれに作成、添付してください。

様式4から選んだ事例番号を記入して下さい

居宅サービス計画書(2)

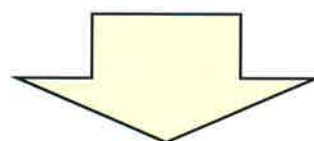
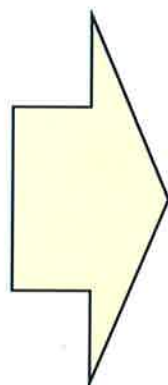
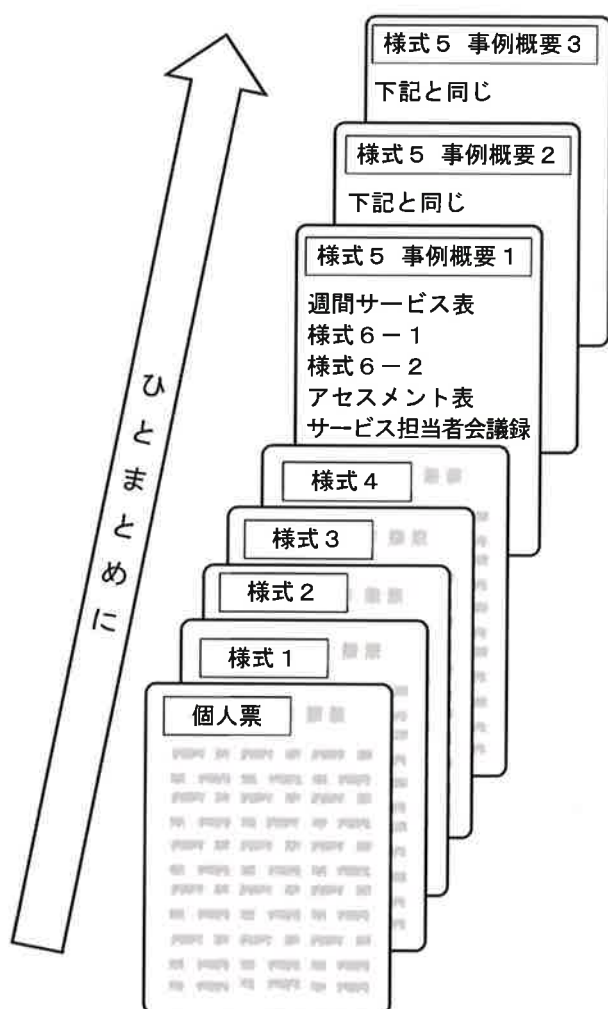
|                   |      |      |      |      |        |    |        |      |    |    |  |  |
|-------------------|------|------|------|------|--------|----|--------|------|----|----|--|--|
| 利用者名(様式4の事例番号記入)  |      | 殿    |      | 目    |        | 標  |        | 援助内容 |    |    |  |  |
| 生活全般の解決すべき課題(ニーズ) | 長期目標 | (期間) | 短期目標 | (期間) | サービス内容 | *1 | サービス種別 | *2   | 頻度 | 期間 |  |  |
|                   |      |      |      |      |        |    |        |      |    |    |  |  |
|                   |      |      |      |      |        |    |        |      |    |    |  |  |
|                   |      |      |      |      |        |    |        |      |    |    |  |  |
|                   |      |      |      |      |        |    |        |      |    |    |  |  |
|                   |      |      |      |      |        |    |        |      |    |    |  |  |
|                   |      |      |      |      |        |    |        |      |    |    |  |  |
|                   |      |      |      |      |        |    |        |      |    |    |  |  |
|                   |      |      |      |      |        |    |        |      |    |    |  |  |
|                   |      |      |      |      |        |    |        |      |    |    |  |  |
|                   |      |      |      |      |        |    |        |      |    |    |  |  |
|                   |      |      |      |      |        |    |        |      |    |    |  |  |
|                   |      |      |      |      |        |    |        |      |    |    |  |  |
|                   |      |      |      |      |        |    |        |      |    |    |  |  |
|                   |      |      |      |      |        |    |        |      |    |    |  |  |

個人が特定されるような情報については、イニシャルとは異なるアルファベットなどの記号を用いて記入し、事業所や電話番号などが記載されていないか必ず点検して下さい

(注)1. 「保険給付対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印をして下さい。  
2. 「当該サービス提供を行う事業所」について記入して下さい。 3.用紙が不足する時は、用紙をコピーして使用して下さい。

## 提出書類はセットの順番を間違えないようにして下さい

ダブルクリップでひとまとめにして下さい  
※間のクリップ止め・ふせん・ホチキスは  
しないで下さい



原本と同じ書類のセットを **3部**  
コピーして下さい

チェックリストを必ず**一番上**にして  
同封して下さい

日本ケアマネジメント学会ホームページの「認定試験のご案内」に「認定ケアマネジャー試験に関するよくある質問」を掲載しておりますのでお読み下さい。  
提出いただいた書類の返却、事例の差し替えはできません。