令和6年度認定ケアマネジャー試験

**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**

＊＊＊＊4部の申請書のそれぞれ一番前に添付してください＊＊＊＊

■フリガナ（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**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

■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（ｹｱﾏﾈｼﾞ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№ |  |
| 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