

第 20 回介護支援専門員実務研修受講試験

※ 整理番号  
この欄には記入しないでください

提出書類チェックシート

フリガナ	
氏名	

この「提出書類チェックシート」を使用して、指定の受験申込書提出用の封筒に入れる書類等を太枠の中にチェック☑をして受験申込書と一緒に提出してください。  
なお、ここに記載する書類は提出書類の全てではありません。

受験者記入欄		該当するいずれかの受験資格に必ずチェックしてください(手引き4ページ参照)						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	
<b>チェックの方法</b> <input type="checkbox"/> 欄に✓点でチェック☑し、 <input type="checkbox"/> 枚欄には書類枚数を記入する		医療(甲)又は(乙)の資格を有する者	施設等必置相談援助業務従事者	その他相談援助業務・連絡調整業務従事者 (①④資格要件を満たす者)	介護業務従事者 (①④資格要件を満たす者)	介護業務従事者 (無資格)	受験資格に係る証明書に代わる結果通知書等の提出(過去に受験票が交付された者)	
申込者全員	① 受験申込書(様式2)	必要					<input type="checkbox"/>	
	② 受験手数料郵便振替払込金受領証貼付用紙(様式3)	必要					<input type="checkbox"/>	
	③ 受験整理票(様式4)	必要					<input type="checkbox"/>	
	④ 実務経験証明書(様式5)	必要					<input type="checkbox"/> 枚	
該当者のみ	⑤ 法定資格等登録証の写し	必要 <input type="checkbox"/>	※ <input type="checkbox"/>	いずれか必要 <input type="checkbox"/>	いずれか必要 <input type="checkbox"/>	-	-	
	⑥ 社会福祉主事任用資格の証明書等の写し	-	-		-	-	-	
	⑦ 介護職員初任者研修等修了証明書の写し	-	-		-	-	-	-
	⑧ 社会福祉施設長資格認定講習会等の研修修了証明書の写し	-	-		-	-	-	-
	⑨ 結果通知書又は受験票	-	-	-	-	-	必要 <input type="checkbox"/>	
	⑩ 戸籍抄本(改姓等がある場合)	必要					<input type="checkbox"/>	
	⑪ 住民票(現在受験資格に係る業務に従事していない場合(無職の場合を含む))	必要					<input type="checkbox"/>	
⑫ 在職証明書 次のいずれかの場合に提出してください。 ①区分6で、現在受験資格に係る業務に従事している場合 ②区分1から5で、現勤務先の実務経験証明書を提出しない場合	必要					<input type="checkbox"/>		
⑬ その他(証明者の要件を確認する書類)	※ <input type="checkbox"/>	-	※ <input type="checkbox"/>	※ <input type="checkbox"/>	※ <input type="checkbox"/>	-		

※法定資格等を保有している者は提出してください。

※提出が必要となる場合があります。8ページのウを参照してください。

その他に提出する書類名を記載してください

( )

第 20 回介護支援専門員実務研修受講試験  
受 験 申 込 書

使用する  
筆記具

黒ボールペン

処理	※ 整理番号 (この欄に記入しないでください)
判定	※ 受験番号 (この欄に記入しないでください)

フリガナ															
氏 名															
性 別	1 <input type="checkbox"/> 男	2 <input type="checkbox"/> 女	生 年 月 日	1 <input type="checkbox"/> 昭和	2 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	
フリガナ															
現 住 所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		(市町村コード: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> )												
	県			市			区			郡			町村		
電 話 番 号											日中連絡の取れる電話番号				
現 勤 務 先 の 名 称											(勤務先種別コード: <input type="text"/> <input type="text"/> )				
現 勤 務 先 の 所 在 地	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		市 区 郡 町村 電話( ) -												
受 験 資 格 に 係 る 勤 務 履 歴	受験資格コード番号 (注)	勤務先の名称(旧い順に記入)	勤務時職種	従事期間								実従事日数			
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			昭和	年	月	日	~	昭和	年	月	日	日		
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			平成	年	月	日	(	年	月)		日			
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			昭和	年	月	日	~	昭和	年	月	日	日		
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			平成	年	月	日	(	年	月)		日			
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			昭和	年	月	日	~	昭和	年	月	日	日		
			平成	年	月	日	(	年	月)		日				
	通 算			( 年 月 )								日			

(注) 受験資格コード番号欄には、法定資格のうち医療(甲)及び(乙)を有する場合は2桁の法定資格コードを右詰めで記入してください。区分6で受験する場合は記載を省略できます。

- 市町村コード
- 新潟市
- 101 北区
  - 102 東区
  - 103 中央区
  - 104 江南区
  - 105 秋葉区
  - 106 南区
  - 107 西区
  - 108 西蒲区
  - 202 長岡市
  - 204 三条市
  - 205 柏崎市
  - 206 新発田市
  - 208 小千谷市
  - 209 加茂市
  - 210 十日町市
  - 211 見附市
  - 212 村上市
  - 213 燕市
  - 216 糸魚川市
  - 217 妙高市
  - 218 五泉市
  - 222 上越市
  - 223 阿賀野市
  - 224 佐渡市
  - 225 魚沼市
  - 226 南魚沼市
  - 227 胎内市
  - 307 聖籠町
  - 342 弥彦村
  - 361 田上町
  - 385 阿賀町
  - 405 出雲崎町
  - 461 湯沢町
  - 482 津南町
  - 504 刈羽村
  - 581 関川村
  - 586 粟島浦村
  - 999 新潟県外

- 法定資格コード
- 01 医師
  - 02 歯科医師
  - 03 薬剤師
  - 04 保健師
  - 05 助産師
  - 06 看護師
  - 07 准看護師
  - 08 理学療法士
  - 09 作業療法士
  - 12 視能訓練士
  - 13 義肢装具士
  - 14 歯科衛生士
  - 15 言語聴覚士
  - 16 あんまマッサージ指圧師
  - 17 はり師
  - 18 きゆう師
  - 19 柔道整復師
  - 20 栄養士
  - 10 社会福祉士
  - 11 介護福祉士
  - 21 精神保健福祉士

法定資格	名 称	法定資格コード	資格登録年月日
	①	<input type="text"/> <input type="text"/>	昭和・平成 年 月 日
	②	<input type="text"/> <input type="text"/>	昭和・平成 年 月 日
	③	<input type="text"/> <input type="text"/>	昭和・平成 年 月 日

その他の資格	名 称 (該当する資格に○を付す)	資格取得年月日
	( ) 社会福祉主事任用資格	昭和・平成 年 月 日
	( ) 介護職員初任者研修若しくは実務者研修等修了者	昭和・平成 年 月 日
	( ) 「社会福祉施設長資格認定講習会」に相当する研修修了者	昭和・平成 年 月 日

新潟県介護支援専門員実務研修受講試験受験経歴 (前回受験の内容を記入)	受験年度	受験番号	受験時氏名
	H 年度		

身体障害者等への特別措置の有無 (有・無)  視覚障害  聴覚障害  肢体不自由・病弱

この受験申込書に記載された個人情報、当試験並びに実務研修以外には使用しません。

## 受験申込書の記載要領

- ① 「氏名」欄は、戸籍に記載されている文字を正確に記入（略字や続け字は不可）し、必ずフリガナを付けてください。

各種通知書や修了証等は、申込書記載の文字で作成しますので、文字は略さず正確に記入願います。  
（日本国籍を有しない者は、外国人登録原票に記載されている文字を使用してください。）

- ② 「性別」欄は、男女どちらかにレ点でチェック  してください。

「生年月日」欄は、元号をレ点でチェック  し、年月日には該当する数字 2 桁（例：1 の場合は『01』）で記入してください。

- ③ 「郵便番号」欄は、7 桁の数字を正確に記入してください。

- ④ 「現住所」欄は、必ずフリガナを付けて、市（区）町村名、番地（アパート等の場合は、名称、室名）、〇〇様方まで正確に記入してください。

受験票及び試験の結果通知は現住所に郵送しますので、記入が不正確な場合は郵便物が届かず、受験できなくなることがあります。

- ⑤ 「電話番号」欄は、携帯電話の番号など、日中連絡の取れる電話番号を左側につめて、市外局番－市内局番－電話番号の順で、局番や番号の間には、「－」（ハイフン）を入れて、記入してください。（提出書類に不明な点がある場合の連絡用です）

- ⑥ 「現勤務先の名称」欄は、現在勤務している勤務先の名称を正確に記入してください。

なお、無職の場合は「無職」と記入してください。

《例》社会福祉法人〇〇会特別養護老人ホーム〇〇、(株)〇〇新潟支社など

- ⑦ 「勤務先種別コード」は 47 ページの「別表 6 勤務先種別コード番号」のコードを記入してください。

- ⑧ 「現勤務先の所在地」欄は、正確に記入してください。

- ⑨ 「受験資格に係る勤務履歴」欄は、添付する実務経験証明書（様式 5）に記載されている「施設・事業所名」、「職種又は職名」を記入してください。複数の勤務先がある場合は、勤務の古い順に記入してください。

なお、区分 6 で受験する場合は、「受験資格に係る勤務履歴」欄の記載を省略することができます。

- ⑩ 「従事期間」「実従事日数」欄は、提出する実務経験証明書（様式 5）に記載されている「業務従事期間」、「年月」及び「うち実従事日数」をそのまま記入してください。

- ⑪ 「受験資格コード番号」は、勤務先ごとに記入してください。受験資格コードは 32 ページから 37 ページの受験資格区分にかかるコード番号一覧表に記載しています。

なお、法定資格に基づく業務に従事している者のうち、31 ページ別表 1 で「受験資格にかかる法定資格」の医療（甲）及び（乙）区分に基づき受験する場合は、2 桁の法定資格コードを右づめで記入してください。

- ⑫ 「法定資格」欄は、取得した法定資格の種類（名称）を記入し、「法定資格コード」欄には 31 ページに記載している法定資格コード番号、資格登録年月日も記入してください。

- ⑬ 平成 10 年度から 28 年度に新潟県介護支援専門員実務研修受講試験を受験し、実務経験証明書提出省略の適用を受けることを希望する者は、試験結果通知書又は受験票（いずれも原本）を提出してください。

- ⑭ 「身体障害者等への特別措置の有無」欄は、「身体障害者などへの配慮（特別措置）」（6 ページ参照）について希望の「有・無」のどちらかを必ず○で囲み、希望する者は、障害の程度もレ点チェック  してください。

受験上の配慮は、別途申請が必要です。申請方法は 6 及び 16 ページを参照してください。

※全て記入が終わったら、明りょうに記入されているか、最後まで記入されているか等を再度確認してください。

※記載誤りがある場合は、二重線で消して、訂正してください（訂正印は必要ありません）。

※ 整理番号

この欄には記入しないでください

第20回介護支援専門員実務研修受講試験  
受験手数料郵便振替払込金受領証貼付用紙

郵便振替払込金受領証貼付欄

受験手数料  
「郵便振替払込金受領証」  
(ATM利用の場合は「ご利用明細票」)

貼り付け欄

受験手数料8,700円を納付した後、  
「郵便振替払込金受領証」又は「ご利用  
明細票」をこの枠内に全面のりで貼り  
付けてください。

なお、「郵便振替払込金受領証」又  
は「ご利用明細票」が貼り付けられて  
いないものは受験申込みの受付はでき  
ません。

受験申込者氏名

## 様式4

### 様式4

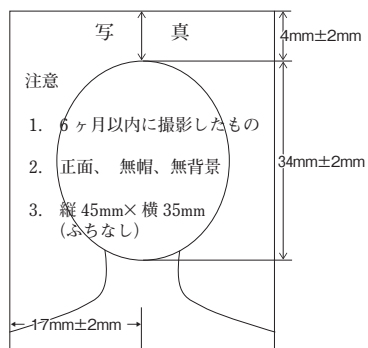
#### 受験整理票

※受験番号	
-------	--

※欄には記入しないでください

氏 名	フリガナ

撮影年月
平成29年 月



- ① 本票は、試験当日に本人であることを確認するためのものです。
- ② 顔写真の大きさは、パスポート申請用と同一です。
- ③ 6ヶ月以内の撮影とし、カラーでも白黒でも可。
- ④ 受験時に眼鏡等を着用するときは、眼鏡等を着用した写真を貼付してください。
- ⑤ 写真の貼付にあたっては、必ず記入要領に従ってください。
- ⑥ 写真が不備の場合は受験申込みを受け付けません。

※  
受験番号

--

様式 5

証明書が複数枚必要な方は、本様式をコピーして使用してください。

# 実務経験証明書

※整理番号 (この欄には記載しないでください)

社会福祉法人新潟県社会福祉協議会長 様

法人等	所在地 名称 代表者 (役職・氏名)	〒	—	職印
	証明書作成者職・氏名			

※施設・事業所等の長が証明できるのは、証明権限のある者（法人の理事長等）から証明権限が委任されている場合に限りです。

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。

証明日	平成29年	月	日	証明区分	確定済・見込
現在の勤務状況			勤務中・退職又は受験対象外業務に従事		
※証明日と従事期間の終期が一致しない場合に記入					

※上記、該当する方に○を付けてください。

フリガナ		生年月日	昭和
氏名			平成 年 月 日
業務従事年月 (A+B+C)	年 月	うち実従事日数 (a+b+c)	日間

内 訳 (勤務の古い順に A 欄から記載してください。)

A 欄	施設・事業所名		職種又は職名	
			業務内容	
	施設・事業所の種別		受験資格コード番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	業務従事期間	昭和 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	年月 A 1ヶ月未満切り捨て 育休・病休等は含めない	うち実従事日数 a 年 月 日 日間
従事期間のうち休業等の期間	①産休	昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成 年 月 日		
	②育休・病休等	昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成 年 月 日		

B 欄	施設・事業所名		職種又は職名	
			業務内容	
	施設・事業所の種別		受験資格コード番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	業務従事期間	昭和 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	年月 B 1ヶ月未満切り捨て 育休・病休等は含めない	うち実従事日数 b 年 月 日 日間
従事期間のうち休業等の期間	①産休	昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成 年 月 日		
	②育休・病休等	昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成 年 月 日		

C 欄	施設・事業所名		職種又は職名	
			業務内容	
	施設・事業所の種別		受験資格コード番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	業務従事期間	昭和 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	年月 C 1ヶ月未満切り捨て 育休・病休等は含めない	うち実従事日数 c 年 月 日 日間
従事期間のうち休業等の期間	①産休	昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成 年 月 日		
	②育休・病休等	昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成 年 月 日		

- ・証明区分を「見込」として提出する場合は、受験要件を満たす**最短の見込従事期間**を記載してください（受験要件より長い従事期間を見込む必要はありません）。
- ・記載を誤った場合は、二重線で消し、必ず**証明権限を有する方の職印「長の印」**で訂正してください（修正液等の使用による訂正は無効）。

## 実務経験証明書の記載要領

※証明書が複数枚必要なときは、本様式をコピーして使用してください。

※受験申込者は、証明書の作成を依頼するに当たり、下記留意事項等を証明権者に十分説明してください。

### 【証明権を有する代表者（法人の理事長等）の留意事項】

証明書を作成する際は、証明内容をよく確認した上で、間違いのないようにしてください。

記載内容に不備がある場合は、受験申込書を受理できませんので十分注意して作成してください。

- (注意) 1 「実務経験証明書」は、理事長等の証明権を有する者（権限を委任した場合は、受任者である施設長等）が発行した証明書が必要です。
- 2 記載内容を訂正する場合は、必ず証明権を有する者の印で訂正してください。修正液等で訂正したものは証明書として無効ですので、注意してください。
- 3 証明書は受験申込者が転記する必要があるため、封筒に厳封しないでください。

- ① 「法人等の所在地・名称・代表者」欄は、代表者氏名に必ず職名を付し、職印（代表者印）を押印してください。「証明書作成者」欄は、この「実務経験証明書」を作成した者の「職・氏名」と、連絡先電話番号を必ず記載してください。
- ② 実務経験証明書の**証明日（証明書発行日）**を必ず記載してください。
- ③ 実務経験を証明する日以降に勤務が見込まれる期間を含めて証明する場合は、「証明区分」欄の「見込」を○で囲んでください。
- ④ 「氏名」欄は、証明を受ける者の**勤務当時の氏名**を記載してください。また、生年月日は元号を○で囲んでください。
- なお、改姓したことにより申込書と証明書の氏名が異なるときは、戸籍抄本を添付してください。
- ⑤ 「施設・事業所名」欄は、社会福祉法人〇〇会老人デイサービスセンター〇〇園、(株)〇〇新潟支店等正式な名称を記載してください。同一法人において、2ヶ所以上の事業所に勤務した場合、もしくは従事する業務内容が変わった場合の証明については、A、B、C 欄に古い順からそれぞれ記載してください。
- ⑥ 「施設・事業所の種別」欄は、47 ページ「勤務先種別コード番号（別表6）」の施設種別を記載してください。
- ⑦ 「業務内容」欄については、受験申込者が従事している（又は従事していた）業務の内容を具体的に記載してください（受験申込者の従事する業務とは、看護業務、〇〇施設生活指導員、養護老人ホームの寮母、〇〇実施要綱に基づく〇〇事業を行う施設の介護業務などです。特に、相談援助業務か介護業務かの区別は明確にしてください）。
- ⑧ 「受験資格コード番号」欄は、32 ページから 37 ページの受験資格コード番号を記載してください。
- ⑨ 「業務従事期間」欄は、受験申込者が要援護者に対する直接的な対人援助業務を行っていた期間を記載してください。常勤、非常勤、パート等の勤務形態は問いません。
- ・業務従事期間の終期は、証明に係る業務を離れた日を記載してください。
  - ・現在も引き続き証明に係る業務に従事している場合の従事期間の終期は**発行日**を記載してください。
  - ・産前産後休暇は業務従事期間に含むことができますが、育児休暇・病気休暇等は含むことができません。これらの休業期間についてはそれぞれ「従事期間のうち休業等の期間」欄に記載してください。
  - ・証明区分を「見込」として提出する場合は、受験要件を満たす最短の見込業務従事期間を記載してください。
  - ・第 20 回試験において見込みの実務経験が認められる期間は平成 29 年 10 月 7 日（土）までです。「見込」証明書として提出する受験者は、10 月 27 日（金）までに、改めて実務経験証明書（証明区分「確定済」）を必ず提出してください。
  - ・法定資格に基づく業務（社会福祉士、介護福祉士は除く）については、必ず法定資格等取得証明書に記載された登録年月日以降の業務期間を記載してください。
- 《例》 平成 16 年 4 月 1 日に就職（一般病棟で看護補助の業務で勤務）  
↓  
平成 18 年 4 月 18 日に看護師資格登録（一般病棟で看護師の業務に従事）  
この場合、看護師登録された平成 18 年 4 月 18 日以降の期間を記載してください。
- ⑩ 「うち実従事日数」欄は、就業期間内において実際に業務に従事した日数（休日、病気、研修、休職等で業務に従事しなかった日を除いた日数）を記入してください。1 日の勤務時間が短い場合でも、1 日勤務したものとみなします。

《注意事項》 受験申込に当たって虚偽又は不正があった場合及び受験中の不正行為が判明した場合は、新潟県介護支援専門員実務研修受講試験の受験は無効となります。

また、試験結果通知後これらが判明した場合は、合格を取り消します。





## 「身体障害者等受験特別措置申請書」作成上の注意

- (1) この申請書は、本人又は記入代理人（受験者と相談の上）が、記入してください。
- (2) 「(4)各欄の記入方法」を参照し、黒又は青のボールペンを使用し、正確に記入してください。
- (3) 誤って記入した場合は、誤謬部分を二重線で消し、訂正してください。
- (4) 各欄の記入方法

区 分	記 入 方 法 等
「整理番号」欄 「氏 名」欄 「性 別」欄	この欄は、記入しないでください。  漢字で記入してください。  該当する文字を○で囲んでください。
「身体障害の程度」欄	該当する事項について、「該当する」の文字を○で囲んでください。 この場合必ず1欄のみに記入してください。  身体障害者手帳の交付を受けている者は、交付番号及び交付年月日等についても記入してください。  下の欄には、症状及び日常生活での状況等を詳しく記入してください。  (例) 「下肢障害のため車いすを使用している。」 「洋式トイレを介助なしで使用できる。」
「受験に際して希望する措置」欄	該当する事項の「希望する」の文字を○で囲んでください。  該当する希望事項がない場合には、「その他」欄にどのような措置を希望するか詳しく記入してください。  特に希望する事項がない場合には、右最下欄の「希望しない」の文字を○で囲んでください。
「受験者の現住所・連絡電話番号」欄	緊急の連絡の場合に必要となりますので、必ず記入してください。  アパート等の場合は、名称、室名又は〇〇様方まで正確に記入してください。  (注) 現住所・連絡電話番号に変更があった場合には、「記載事項変更届」に新旧の事項を明記し、速達郵便で届け出てください。
「記入者名」欄	本人又は記入代理人が署名、押印してください。

## 診断・意見書（視覚障害関係）

氏名：	昭和・平成 年 月 日生	男・女
住所：		
診 断 名		
現 症	視 力 右 (            ×            D C y I                            D A x                            ) 左 (            ×            D C y I                            D A x                            )	
	視力以外の視機能障害（視野狭窄、眼球震盪、近距離視力等）、その他参考となる経過・現症	
上記のとおり診断する。		
平成 年 月 日		
病院又は診療所の名称		
所在地		
診療担当科目	科	医師氏名 印

お願い：この「診断・意見書」は、介護支援専門員実務研修受講試験において、受験者の希望する特別措置の可否を決定するための資料となりますので、できるだけ具体的にご記入ください。



## 診断・意見書（肢体不自由関係）

氏名：	昭和・平成      年      月      日生	男・女
住所：		
診断名		
現症	体幹の機能障害（特に座位補助能力等）、上肢の機能障害（特に筆記能力等） その他参考となる経過・現症	

参考事項（医師が該当する項目の数字を○で囲んでください。）

<p>1. 体幹の機能障害</p> <p>(1) 座位の保持</p> <p>ア、60分程度ならば可能である。</p> <p>イ、90分程度ならば可能である。</p> <p>ウ、120分程度ならば可能である。</p> <p>エ、その他（                      ）</p> <p>(2) 受験可能な姿勢</p> <p>ア、仰臥位      イ、座位</p> <p>ウ、腹臥位      エ、その他（      ）</p>	<p>2. 上肢の機能障害</p> <p>(1) 著しい障害</p> <p>握る、摘む、なでる（手、指先の機能）、ものを持ち上げる、運ぶ、投げる、押す、引っ張る（腕の機能）等に著しい障害がある。</p> <p>(2) 軽度の障害がある。</p> <p>ア、精密な運動ができない。</p> <p>イ、10kg以内のものしか下げることができない。</p>
上記のとおり診断する。	
平成      年      月      日	
病院又は診療所の名称	
所在地	
診療担当科目	科                      医師氏名                      印

お願い：この「診断・意見書」は、介護支援専門員実務研修受講試験において、受験者の希望する特別措置の可否を決定するための資料となりますので、できるだけ具体的にご記入ください。

(注) 「著しい障害」とは、ア、機能障害のある上肢では、5kg以内のものしか下げることができないもの。（手指で握っても、肘でつり下げてもよい。）イ、一上肢の肩関節、肘関節又は手関節のうち、いずれか二関節の機能を全廃したものをいいます。

## 診断・意見書（胸部、心臓、腎臓疾患等関係）

氏名：	昭和・平成      年      月      日生	男・女
住所：		
診 断 名		
現 症	参考となる経過・現症	

参考事項（医師が該当する項目の数字を○で囲んでください。）

<p>1. 体幹の機能障害</p> <p>（1）座位の保持</p> <p>    ア、60分程度ならば可能である。</p> <p>    イ、90分程度ならば可能である。</p> <p>    ウ、120分程度ならば可能である。</p> <p>    エ、その他（                      ）</p> <p>（2）受験可能な姿勢</p> <p>    ア、仰臥位      イ、座位</p> <p>    ウ、腹臥位      エ、その他（      ）</p>	<p>2. 歩行の状況</p> <p>（1）困難</p> <p>（2）著しく困難</p> <p>（3）歩行不可</p> <p>（4）車いす使用</p> <p>（5）その他</p> <p>3. 付添人</p> <p>（1）要                                      （2）不要</p>
<p>上記のとおり診断する。</p> <p style="text-align: right;">平成      年      月      日</p> <p>病院又は診療所の名称</p> <p style="text-align: center;">所   在   地</p> <p>診療担当科目                                      科                                      医師氏名                                      印</p>	

お願い：この「診断・意見書」は、介護支援専門員実務研修受講試験において、受験者の希望する特別措置の可否を決定するための資料となりますので、できるだけ具体的にご記入ください。

# 確認証明書

サービスの種類 \_\_\_\_\_

民間事業者によるサービス指針（ガイドライン）による評価

（○満たしている ×満たしていない）

評価項目	サービス種類別評価項目選定				事業者評価欄
	在宅介護サービス	在宅入浴サービス	福祉用具貸貸	福祉用具販売	
<b>職員に関する事項</b>					
1 次の職員が配置されている					
ア 管理責任者(兼務可)	●	●	●	●	
イ 訪問介護員等在宅介護の知識・技能を持つ者	●				
ウ 入浴介護に直接従事する職員3名以上		●			
エ 福祉用具に関する専門的知識を有する者			●	●	
2 職員に対する研修の機会が確保されている	●	●	●	●	
3 職員に対して健康診断を行うなど、職員の健康状態を確認している	●	●	●	●	
<b>設備類等に関する事項等</b>					
4 入浴に必要な設備及び材料を備えている		●			
5 設備・器具類の消毒方法、管理方法等を定めている		●			
6 清潔で消毒・補修済みの用具と未了のものとのとり扱い					
ア 区分可能な保管設備を備えている			●		
イ 保管業務を一定基準を満たした他の事業者へ委託している			●		
7 用具の種類・材質等に応じた消毒設備機材の有無					
ア 適切な効果を有する消毒設備機材を備えている			●		
イ 消毒業務を一定基準を満たした他の事業者へ委託している			●		
<b>サービス実施に関する事項</b>					
8 以下の事項等を記したマニュアルを定め、サービス従事者に徹底している					
ア 利用者及び家族に対するサービス内容の説明	●	●			
イ 作業手順	●	●			
ウ 利用者に異常があった場合の対応	●	●			
エ 福祉用具の選定方法			●	●	
オ 福祉用具の説明方法			●	●	
カ 福祉用具の使用上の助言及び納品方法				●	
キ 搬入及び回収の方法			●		
ク アフターサービスの方法			●	●	
ケ 実施したサービスの報告及び記録の保管	●	●	●	●	
9 他機関との連携					
ア 嘱託医若しくは協力医療機関を確保し、又は主治医との連携を確保している	●	●			
イ 医師等との連携が図れる体制が整っている			●	●	
<b>契約等に関する事項</b>					
10 サービス内容及び料金を記した契約書をとりかわしている	●	●	●		
11 サービス内容に対応した料金体系を明示している	●				
12 事前に価格等について説明を行っている				●	

本事業所は、上記の各事項を満たしていることを証明します。

平成 年 月 日

事業所名 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_

㊞

**記入上の注意**

- 1 サービスの種類は、次の中から該当するものをひとつだけ選び記入してください。複数のサービスに従事した場合は、この確認証明書を複写して、サービスの種類毎に事業者の代表者から証明を受けてください。  
種類：在宅介護サービス、訪問入浴サービス、福祉用具貸貸、福祉用具販売、短期入所生活介護事業、日帰り介護事業
- 2 事業種類別に、●印の項目について評価を行ってください。評価項目の内容を満たしている場合は○を、満たしていない場合は×を事業者評価欄に記入してください。  
なお、短期入所生活介護事業及び日帰り介護事業については、裏面に記入してください。

(短期入所生活介護事業及び日帰り介護事業評価用)

サービスの種類

民間事業者によるサービス指針（ガイドライン）による評価

(○満たしている ×満たしていない)

評価項目	サービス種類別評価項目選定		事業者評価欄
	短期入所生活介護	日帰り介護	
<b>職員に関する事項</b>			
1 次の職員が配置されている(短期入所生活介護事業は併設施設職員の兼務可)			
ア 管理責任者(兼務可)	●	●	
イ 医師(嘱託可)	●		
ウ 生活指導員	●	●	
エ 看護師又は准看護師	●	●	
オ 介護福祉士又は介護員	●	●	
カ 調理員(調理業務委託の場合は置かなくても可)	●		
2 職員に対する研修の機会が確保されている	●	●	
3 職員に対して健康診断を行うなど、職員の健康状態を確認している	●	●	
<b>設備類等に関する事項等</b>			
4 次の設備を設けている(他施設の設備を利用でき、利用者の処遇に支障がない場合は兼用可、その場合評価欄には○を記入する)			
ア 居室	●		
イ 食堂	●		
ウ 機能訓練室	●		
エ 浴室	●		
オ 便所	●		
カ 洗面所	●		
キ 医務室	●		
ク 看護・介護員室	●		
ケ 洗濯室又は洗濯場	●		
コ 汚物処理室	●		
5 居室の基準は次のとおりとなっている			
ア 1室の定員は4人以下である	●		
イ 利用者1人あたりの床面積は、8㎡以上である	●		
ウ ナースコールが設置されている	●		
<b>サービス実施に関する事項</b>			
6 以下の事項を記したマニュアルを定めサービス従事者に徹底している			
ア 利用者及び家族に対するサービス内容の説明	●	●	
イ 作業手順	●	●	
ウ 利用者に異常があった場合の対応	●	●	
エ 提供したサービスの記録の保管	●	●	
7 他機関との連携			
ア 協力医療機関を確保し、又は主治医との連携を確保している	●		
イ 嘱託医若しくは協力医療機関を確保し、又は主治医との連携を確保している		●	
<b>契約等に関する事項</b>			
8 サービス内容及び料金を記した契約書を取りかわしている	●	●	
9 サービス内容に対応した料金体系を明示している	●	●	

本事業所は、上記の各事項を満たしていることを証明します。

平成 年 月 日

事業所名

代表者氏名

印



## 開設確認願

平成 年 月 日

保健所長 様

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

下記事項について確認願います。

記

施設種別	診療所, 歯科診療所, 助産所, 薬局, 施術所 (該当するものを○で囲む)
施設名称	
施設所在地	

設置主体	個人立	法人立
開設年月日	年 月 日	年 月 日
廃止年月日	年 月 日	年 月 日
開設者氏名		法人代表者氏名
法人名		
申請理由	介護支援専門員実務研修受講試験受験申込書添付書類「実務経験証明書」の証明者と被証明者が同一であることから、証明者が開設者であること等が確認できる書類を送付する必要があるため。	

記入上の注意

- 1 必要事項については、申請者本人が記入し、その内容について確認を受けてください。
- 2 「開設者氏名」欄は、法人立の診療所等にあつては、法人代表者氏名を記入してください。
- 3 個人立の診療所等から法人立の診療所等に移行した場合は、「個人立」と「法人立」それぞれの欄に必要事項を記入してください。

## 開設確認書

上記のとおり確認しました。

平成 年 月 日

保健所長 \_\_\_\_\_ 印

※整理番号

(この欄には記入しないでください)

# 在 職 証 明 書

社会福祉法人

新潟県社会福祉協議会長 様

証明日	平成 年 月 日
-----	----------

法 人 等	所在地 名称 代表者 (職・氏名)	職印	
	証明書作成者 (職・氏名)		

※施設、事業所等の長が証明できるのは、証明権限のある者(法人の理事長など)から証明権限が委任されている場合に限りです。

下記の者については、当法人（又は施設、事業所等）に在職していることを証明します。

氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
住所			

勤務施設・事業所名			
職名		業務内容	

- ※ 1. この在職証明書は、受験希望者の現在の勤務地が新潟県内にあることを確認するために提出していただくもので、次の場合に必要となります。
- ① 現勤務先の実務経験証明書を提出しない場合
  - ② 実務経験証明書の提出に代えて、過去に新潟県で行った試験の結果通知書又は受験票を提出する場合
2. 証明内容を訂正する場合は、——（二重線）で訂正し、訂正印（証明者の職印）を押印してください。
3. 受験申込み時点で受験資格に係る業務（「受験の手引き」31ページから37ページに記載する業務）に従事していない場合（無職の場合を含む。）は、在職証明書に代えて住民票を提出してください。