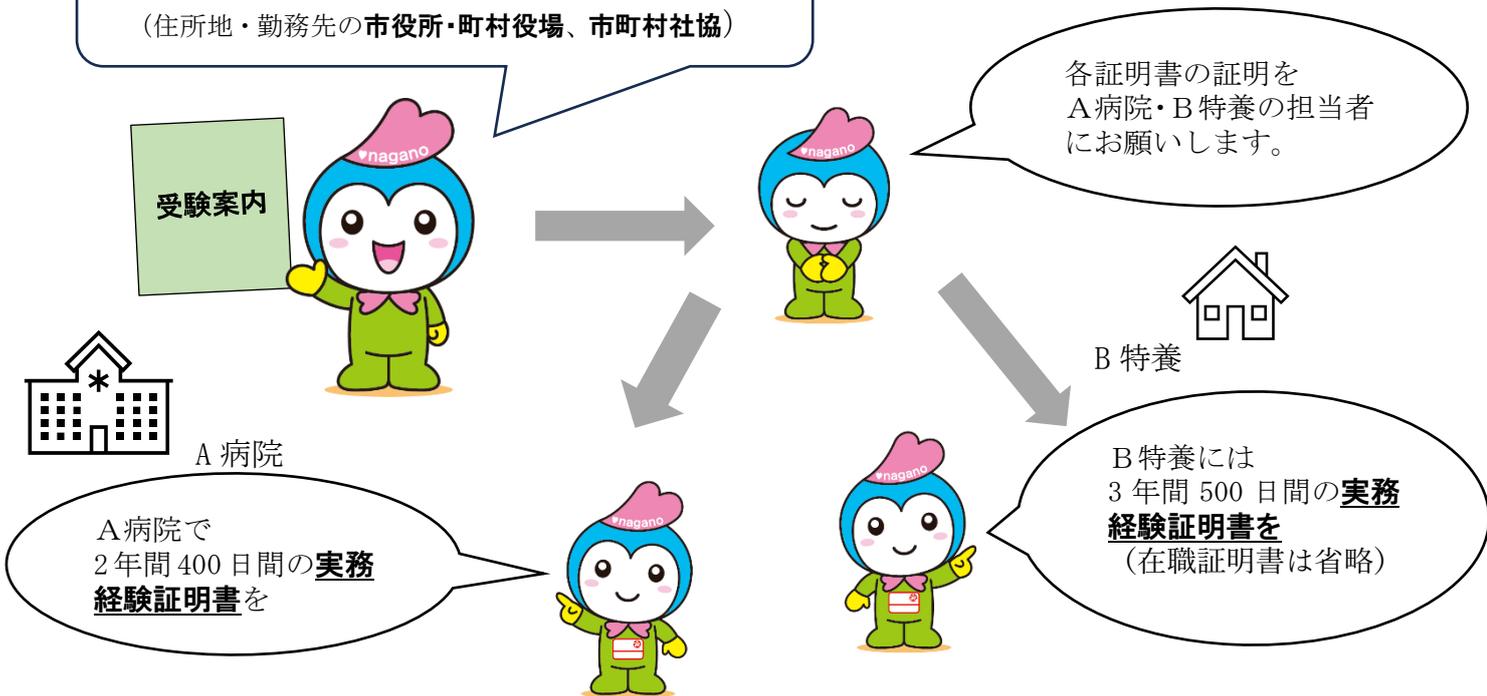


ア 長野県で、  
初めて申込をされる方。  
又は平成 29 年度以前に  
受験票の交付を受けた方。

## 申 込 の 流 れ 例

【例 1】 看護師でケアマネ試験の申込をします。  
以前 2 年間 400 日間働いていた A 病院に**実務経験証明書(様式 3)**・  
現在 3 年間 500 日間働いている B 特養から**実務経験証明書(様式 3)**  
(この場合在職証明(様式 5)は省略)を証明してもらいます。

5 月 23 日に配布される受験案内を用意します。  
(住所地・勤務先の市役所・町村役場、市町村社協)



### ※在職証明書の省略について

以下の条件に当てはまる場合、申込現在、勤務地が長野県内と確認できるので在職証明書は省略できます。証明書の作成には、証明者に時間とお手数をおかけしますので、できるだけ省略してください。

- ① **現在勤務している**事業所・施設で「実務経験証明書」を証明してもらう
- ② 実務経験期間の「終了日」が **R7 年 5 月 23 日以降**

(実務経験証明書 様式 3)



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。

氏名	生年月日	昭和・平成	年	月	日
施設・事業所名	施設・事業所の種別		<input type="checkbox"/> 地域密着型 <input type="checkbox"/> 認知症対応型		
介護保険・障害福祉サービス事業所番号 (病院・施設・非町村役場は記入不要)	※本会使用		S・H・R	年	月 日
職種名	事業所指定日 (医療施設・行政機関は記入不要)		S・H・R	年	月 日
国家資格等	イ 左記職種の業務開始日		S・H・R	年	月 日
業務内容 (必ず担当業務の中心であることを明示してください)	ウ 資格取得・登録日		S・H・R	年	月 日
	<input type="checkbox"/> 国家資格等に基づく業務 (実務経験コード A21)	<input type="checkbox"/> 相談援助業務 (実務経験コード B01~B09)	実務経験 コード (P9~11参照)		
直接対人援助業務 実務経験期間	(開始日) ※上記がイ・ウの記入がない場合は かた起算。	(終了日) ※全労協が定める日以外の場合、 在職証明書は省略。 (備考)	実務経験期間 ※1ヶ月未満は実務経験として 扱わず。		
S・H R	年 月 日	S・H R	年 月 日	従事日数	日間

A・Bの実務経験証明書を受け取ったら、以下のことを確認してください。

- ① 証明日が R7.5.23～6.30
- ② 合計して5年かつ900日以上
- ③ 代表印が押されているか
- ④ 訂正箇所ある場合、訂正印が代表者印か



(申込書)

法定資格	昭和・平成・令和 年 月 日 A				
	昭和・平成・令和 年 月 日 A				
※実務経験証明書の内容(実務経験証明書の内容を転記)					
実務経験先	勤務先の名称	職名	実務経験期間(見込みを含む)	1カ月未満研修	従事日数
1	A病院	看護師	昭(平)令 3/年 4月/日 昭(平)令 2年 3月3日	2年0月間	400日間
2	B 特別養護老人ホーム	看護師	昭(平)令 4年 6月/日 昭(平)令 7年 5月3日	3年0月間	500日間
3			昭(平)令 年 月/日 ~ 年 月/日	年 月間	日間
4			昭(平)令 年 月/日 ~ 年 月/日	年 月間	日間
5			昭(平)令 年 月/日 ~ 年 月/日	年 月間	日間
実務経験期間・従事日数 合計(見込みを含む)				5年0月間	900日間

※記入欄が足りない場合は、裏面に記入してください。  
※履歴記入欄(受験申込者は記入しないでください)

実務経験を確認したら、申込書を記入します。(P22～25 参照) 以下の点に注意してください。

- ① 「実務経験証明書の内容」を正確に転記
- ② 試験手数料の領収書・ATMのご利用明細書は添付する前にコピーし保管
- ③ 写真のサイズに注意

申込用封筒の裏面で、提出書類を確認。アに☑

- ① 申込書
  - ② 実務経験証明書(様式3) 2枚
  - ③ 看護師の資格証のコピー(B4 サイズは A4 に縮小)
- 以上を申込用封筒に入れ必ず簡易書留で送付してください。



申込が受理されると、9月下旬に受験票が送付されます。試験会場を確認してください！



受験票