

一人1部
限り

第29回（令和8年度）

北海道介護支援専門員 実務研修受講試験案内

| | |
|-------|---|
| 試験日 | 令和8年(2026年)10月11日(日) |
| 受付期間 | 令和8年(2026年)5月18日(月)～ 令和8年(2026年)6月11日(木) |
| 受験手数料 | 13,600円 ※別途払込手数料170円 がかかります。 |
| 試験地 | 札幌会場・函館会場・旭川会場 北見会場・帯広会場・釧路会場 |

この試験案内には
次の付属書類が
添付されています

不足がないか、必ず
確認してください。

- * 受験申込書 1枚
- * 受験者整理カード 1枚
- * 専用払込用紙（3連式） 1枚
- * 受験申込専用封筒 1枚

一般社団法人 北海道介護支援専門員協会

〒060-0003 札幌市中央区北3条西7丁目1番地 第1水産ビル4F

TEL 011-596-0392 / FAX 011-596-0394

受付時間：平日（月～金）9：00～17：00

問い合わせは必ず電話にてお願いします。



【URL】 <https://www.do-kaigoshien.jp/>

↑試験実施にかかる緊急の情報はこちらのHPに掲載いたします。

トップページ ⇒ ケアマネ試験

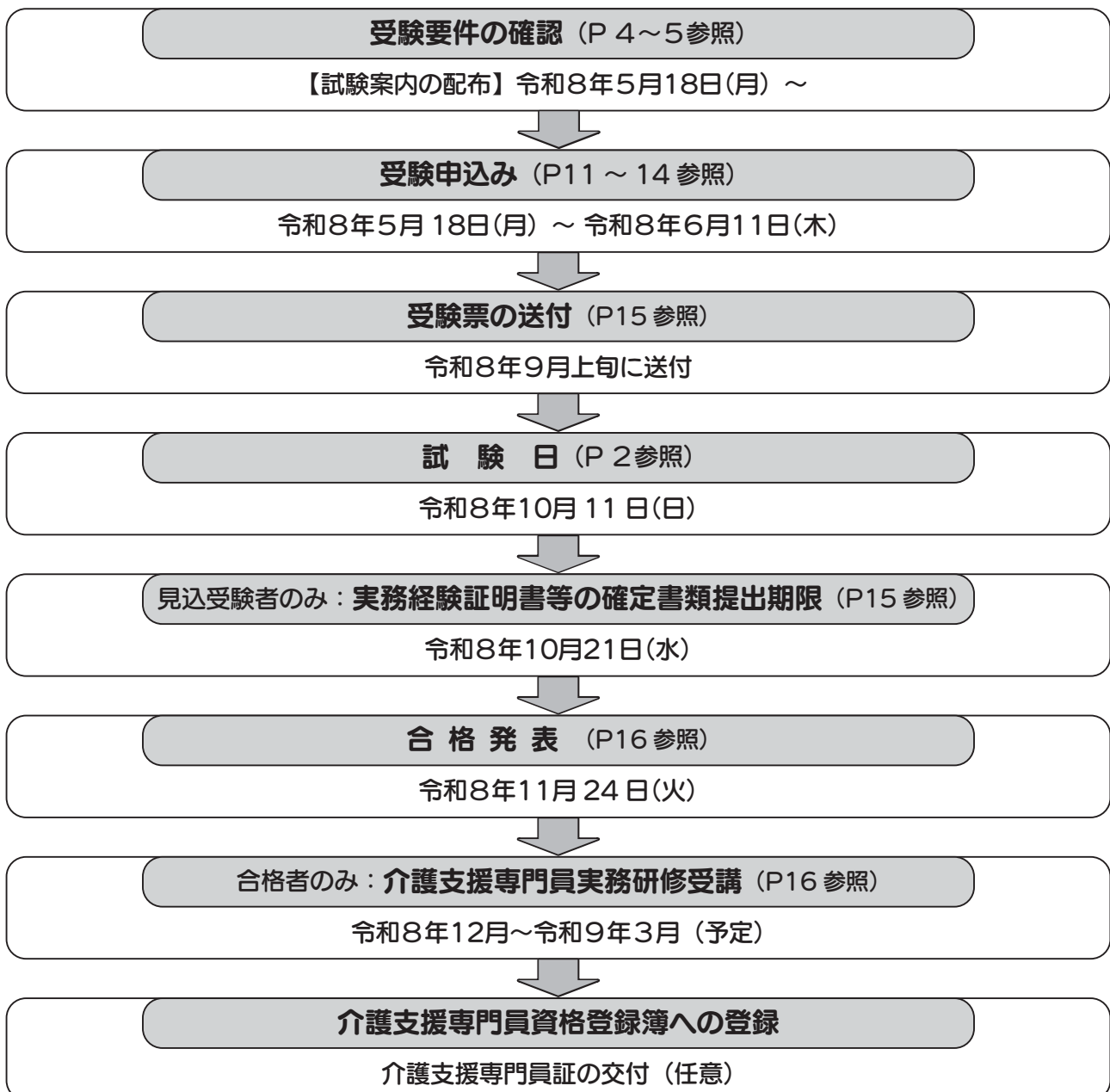
はじめに

1 介護支援専門員とは

要介護者又は要支援者（以下「要介護者等」という。）からの相談に応じ、及び要介護者等がその心身の状況等に応じ適切な居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス若しくは地域密着型介護予防サービス又は特定介護予防・日常生活支援総合事業（第百十五条の四十五第一項第一号イに規定する第一号訪問事業、同号ロに規定する第一号通所事業又は同号ハに規定する第一号生活支援事業をいう。以下同じ。）を利用できるよう市町村、居宅サービス事業を行う者、地域密着型サービス事業を行う者、介護保険施設、介護予防サービス事業を行う者、地域密着型介護予防サービス事業を行う者、特定介護予防・日常生活支援総合事業を行う者等との連絡調整等を行う者であって、要介護者等が自立した日常生活を営むのに必要な援助に関する専門的知識及び技術を有するものとして第六十九条の七第一項の介護支援専門員証の交付を受けたものをいう。

（介護保険法第七条第五項より）

2 介護支援専門員実務研修受講試験の受験申込みから専門員証交付まで



目次

| | |
|-------------------------------------|----|
| 試験の概要 | 2 |
| ① 受験要件の確認 | 4 |
| 1 受験要件について | 4 |
| 別紙1 相談援助業務に従事する者の範囲 | 5 |
| 2 試験範囲・出題方式について | 6 |
| 別紙2 試験問題出題範囲 | 7 |
| ② 提出書類と申込み方法 | 11 |
| 1 提出書類について | 11 |
| 2 申込み方法 | 14 |
| 3 申込み後の留意事項 | 15 |
| ③ よくある質問 | 17 |
| ④ 記入要領・様式 | 23 |
| 1 (様式1) 受験申込書 記入要領 | 23 |
| 記載例 | 29 |
| 2 (様式2) 受験者整理カード 記入要領 | 31 |
| 記載例 | 31 |
| 3 実務経験証明書 作成要領 | 32 |
| 【重要】受験者の方・交付担当者の方は、必ずお読みください | |
| 「実務経験証明書（見込含む）」作成依頼時注意事項 | 32 |
| 交付担当者へ「実務経験証明書（見込含む）」記入上の注意事項 | 34 |
| (様式3-1) 実務経験証明書 | 36 |
| (様式3-2) 実務経験証明書【見込】 | 37 |
| 実務経験証明書 記載例 | 38 |
| 4 (様式4) 従事日数内訳（見込）証明書 | 41 |
| 5 身体障がい者等受験特別措置申請書 記入要領 | 42 |
| (様式5) 身体障がい者等受験特別措置申請書 | 44 |
| (様式6-1～4) 診断・意見書 | 45 |
| 6 (様式7) 申込書記載事項変更届 | 49 |

試験の概要

(1) 試験日時

| | | |
|-----|---------------|---|
| 試験日 | 令和8年10月11日(日) | |
| 時間 | 入場 | 午前 9時00分 ~ 9時30分 ※会場によっては入場開始時間が異なる場合がありますが、詳細は受験票で確認ください。 |
| | オリエンテーション | 午前 9時30分 ~ 10時00分 |
| | 試験 | 午前10時00分 ~ 12時00分 (120分) |

(2) 試験地及び試験会場(予定)

| | | | |
|------|--|------|---------|
| 試験地 | <ul style="list-style-type: none"> 試験地は、勤務先の所在地を所管する地区(総合振興局または振興局単位)ごとに、下記の試験地で行います。 | | |
| | 勤務先所在地(または自宅の所在地)を所管する地区 | 試験地 | 会場数(予定) |
| | 石狩、空知、後志、胆振、日高 | 札幌会場 | 2会場 |
| | 渡島、檜山 | 函館会場 | 1会場 |
| | 上川、留萌、宗谷 | 旭川会場 | 1会場 |
| | オホーツク | 北見会場 | 1会場 |
| | 十勝 | 帯広会場 | 1会場 |
| | 釧路、根室 | 釧路会場 | 1会場 |
| 注意事項 | <ul style="list-style-type: none"> 試験会場は、受験票で通知します。 ※試験会場については、受験票に記載してある試験会場名と住所を確認してください。 9月上旬に、本協会のHP (https://www.do-kaigoshien.jp/examination.html)でも試験会場の情報を掲載しますので、併せて確認してください。 受験者が試験会場を選ぶことはできません。 試験地は、申込時の勤務先(勤務していない場合は自宅住所)所在地に基づいて決定します。 申込後に勤務先や自宅住所に変更があった場合でも試験地の変更はできません。 受験者数等の状況によっては、他の試験地で受験していただく場合があります。 ※受験者数が少ない場合は、実施しない試験地会場があります。 試験会場へは公共交通機関を利用し来場してください。 ※試験会場における駐車場の使用はできません。(特別措置申請により駐車許可を得た車両を除く) 試験会場(一部除く)については、自家用車及びタクシー等での来場・送迎を禁止します。 ※必ず受験票に記載する留意事項を確認してください。 | | |
| | <p>《違法駐車は厳禁です!》</p> <p>自家用車で来場し、近隣店舗や路上に駐車する受験者等が相次ぎ、近隣店舗や住民の方から多くの苦情が寄せられ、トラブルとなっています。</p> <p>違反車両については、警察署への通報・レッカー移動等の措置を講じます。</p> | | |

(3) 受験申込書の受付期間

| | |
|------|---|
| 受付期間 | 令和8年5月18日(月)～6月11日(木)【消印有効】(P14参照) ⚠ 期限を過ぎると受付できませんので、ご注意ください! |
|------|---|

(4) 受験手数料

| | |
|-------|---|
| 受験手数料 | 13,600円(試験事務手数料12,200円、試験問題作成事務手数料1,400円) ※北海道保健福祉部手数料条例により定められた金額 |
| 払込手数料 | 170円 ※払込手数料は、受験申込者の負担となります。 |
| 払込期間 | 令和8年5月18日(月)～6月11日(木)(P14参照) |

(5) 試験内容

| | |
|-------------------|--|
| 出題範囲 | ・「試験問題出題範囲」を参照してください。(P7～10参照) |
| 出題形式及び解答方法 | ・マークシートによる5肢複択方式 |
| 出題数 | ・「介護支援分野」25問、「保健医療福祉サービス分野」35問、計60問です。 |
| 身体障がい者等に対する受験特別措置 | <ul style="list-style-type: none"> ・身体に障がい等がある方は、申請により試験の解答方法や試験時間等において特別措置を受けることができます場合があります。(P42～参照) ・希望者は、受験申込書に「特別措置申請書」等の書類を添付してください。受験特別措置の決定は、受験票と併せて通知します。 |

(6) その他

| | |
|----------|--|
| 試験当日注意事項 | <ul style="list-style-type: none"> ・感染症(インフルエンザ、はしか、コロナ、百日咳等)にかかり、治癒していない場合、その感染症が他の受験者等に広がる恐れがありますので、受験をご遠慮いただく場合があります。(受験料の取り扱いについてはP14参照)。 ・自然災害(台風等)が発生した場合、試験実施についてお知らせすることがある場合は、本会ホームページ(https://www.do-kaigoshien.jp/)でご案内しますので、試験についての情報はこちらでご確認ください。 |
|----------|--|

詳細はP28の【市区町村コード】を参照



① 受験要件の確認

1 受験要件について

〈対象者〉

| | |
|-----|---|
| 区分 | <p>【受験要件】</p> <p>●次の第1号および第2号に従事(要援護者に対する直接的な対人援助業務)した期間が通算して5年(=1,825日)以上かつ当該業務に従事した日数が900日以上である者 従事期間が通算できる 【従事期間計算表】 をご利用ください。 → https://www.do-kaigoshien.jp/examination.html ※従事期間5年(=1,825日)以上と従事日数900日以上、両方の要件を満たすことが必要です。</p> |
| 第1号 | <p>法定資格保有者</p> <p>次の法定資格を有する者が、その資格に基づき要援護者に対する直接的な対人援助業務に従事した期間</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>医師、歯科医師、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、社会福祉士、介護福祉士、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)、精神保健福祉士</p> </div> <p>※第1号(法定資格保有者)に該当する場合、当該資格に係る業務に従事した期間および従事日数は、免許の登録の日以降が算定されます。 【参考:P22「勤務期間算定に関する具体例」(1)・(2)】</p> |
| 第2号 | <p>相談援助に従事する者</p> <p>別紙1(P5)に掲げる相談援助業務に従事した期間</p> <p>※第1号法定資格の有無は問いません。</p> |

【実務経験の考え方等について】

- 1 いずれの区分においても、要援護者に対する直接的な対人援助が、当該者の本来業務として明確に位置づけられていることが必要です。
 ※法定資格を有していても、教育・研究・事務・営業販売等の業務は算定できません。(P17、問5参照)
- 2 提出された実務経験証明書により受験要件を審査します。
 ※提出された実務経験証明書で受験要件が確認できない場合は、法定資格に基づく業務であることが分かる書類、また施設・事業所の概要等が分かる書類など追加書類を求める場合があります。(P18、問7参照)
- 3 受験要件は、試験日の前日までの期間を算定することができます。(P18、問10参照)
- 4 第1・2号の受験要件をそれぞれ合算(重複期間を除く)して、通算5年(=1,825日)以上かつ900日以上の実務経験があれば該当になります。また、複数の勤務先の実務経験を合算して、通算5年(=1,825日)以上かつ900日以上になる場合は、勤務先ごとの実務経験証明書の提出が必要です。
- 5 施設、事業所等の廃業及び統廃合等により、実務経験証明書の発行が困難な場合については、給与明細、雇用契約書、受験年度以前に作成された実務経験証明書等により証明することが可能な場合があります。(P21、問20参照)

別紙 1 相談援助業務に従事する者の範囲

(介護保険法施行規則第 113 条の 2 第 2 項第 1 号関係)

| 1 次に掲げる施設等において必置とされている相談援助業務に従事する者 | | | |
|------------------------------------|--|-----------------|--|
| 区分 | 対象事業及び施設 | 対象となる職員 (職種) | 規定する法令・通知等 |
| 1 | 特定施設入居者生活介護 以下の施設のうち介護保険の指定を受けたもの ●有料老人ホーム (サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けているものを含む) ●その他厚生労働省令で定める施設 (養護老人ホーム・軽費老人ホーム) | 生活相談員 | 介護保険法(平成9年法律第123号)第8条第11項に規定する特定施設入居者生活介護 指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生労働省令第37号)第175条第1項第1号 |
| 2 | 地域密着型特定施設入居者生活介護 以下の施設のうち介護保険の指定を受けたもの ●有料老人ホーム (サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けているものを含む) ●その他厚生労働省令で定める施設 (養護老人ホーム・軽費老人ホーム) | 生活相談員 | 介護保険法第8条第21項に規定する地域密着型特定施設入居者生活介護 指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年厚生労働省令第34号)第110条第1項第1号 |
| 3 | 地域密着型介護老人福祉施設 ●特別養護老人ホーム (29人以下) | 生活相談員 | 介護保険法第8条第22項に規定する地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年厚生労働省令第34号)第131条第1項第2号 |
| 4 | 介護老人福祉施設 ●特別養護老人ホーム (30人以上) | 生活相談員 | 介護保険法第8条第27項に規定する介護老人福祉施設 指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生労働省令第39号)第2条第1項第2号 |
| 5 | 介護老人保健施設 | 支援相談員 | 介護保険法第8条第28項に規定する介護老人保健施設 指定介護老人保健施設の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準(平成11年厚生労働省令第40号)第2条第1項第4号 |
| 6 | 介護予防特定施設入居者生活介護 以下の施設のうち介護保険の指定を受けたもの ●有料老人ホーム (サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けているものを含む) ●その他厚生労働省令で定める施設 (養護老人ホーム・軽費老人ホーム) | 生活相談員 | 介護保険法第8条の2第9項に規定する介護予防特定施設入居者生活介護 指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成18年厚生労働省令第35号)第231条第1項第1号 |
| 7 | 指定特定相談支援事業 ●計画相談支援(サービス利用支援、継続サービス利用支援) | 相談支援専門員 | 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)第5条第19項に規定する計画相談支援 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準(平成24年厚生労働省令第28号)第3条 |
| 8 | 指定障害児相談支援事業 | 相談支援専門員 | 児童福祉法(昭和22年法律第164号)第6条の2の2の第7項に規定する障害児相談支援 児童福祉法に基づく指定障害児相談支援の事業の人員及び運営に関する基準(平成24年厚生労働省令第29号)第3条 |
| 9 | 生活困窮者自立相談支援事業 | 主任相談支援員 | 生活困窮者自立支援法(平成25年法律第105号)第2条第2項に規定する生活困窮者自立相談支援事業 生活困窮者自立支援事業等の実施について(平成27年7月27日社援発0727第2号厚生労働省社会・援護局長通知)の別紙(別添1)自立相談支援事業実施要領3(2)ア |

2 試験範囲・出題方式について

(1) 試験範囲

試験は、介護支援分野や、保健医療福祉サービス分野から出題され、具体的な出題範囲については別紙2（P 7～10 参照）の「試験問題出題範囲」に示すとおりです。

(2) 出題方式



























5肢複択方式

(3) 解答方式

マークシート方式

※解答用紙は機械により採点します。マークのしかたが薄いもの、正しくマークされていないものは、採点されません。

※解答用紙への解答は、HBの鉛筆を使用し、○の外に、はみださないように濃く塗りつぶしてください。

| 良い解答の例 | 悪い解答の例 【採点されません】 | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|--|---|---|---|---|
| <p>濃くぬりつぶし</p>  | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>うすい </td> <td>はみだし </td> <td>縦棒 </td> <td>丸 </td> </tr> <tr> <td>外周のみ </td> <td>レ点 </td> <td>横棒 </td> <td>バツ </td> </tr> </table> <p>・ 正答であっても解答したことにはなりません。</p> <p>・ 一度解答したところを訂正する場合は、消しゴムで跡が残らないよう完全に消してください。鉛筆の跡が残ったり、枠の上から  というような消し方などをした場合は、訂正したことにはなりません。</p> | うすい  | はみだし  | 縦棒  | 丸  | 外周のみ  | レ点  | 横棒  | バツ  |
| うすい  | はみだし  | 縦棒  | 丸  | | | | | | |
| 外周のみ  | レ点  | 横棒  | バツ  | | | | | | |

(4) 出題数と試験時間

| 区 分 | 問題数 | 試験時間 |
|---|------------|-----------------------------------|
| 介護支援分野 介護保険制度の基礎知識 要介護認定等の基礎知識 居宅・施設サービス計画の基礎知識等 | 25問 | 120分 ※点字受験者 (1.5倍) 180分 |
| 保健医療福祉サービス分野 保健医療サービスの知識等 福祉サービスの知識等 | 20問 15問 | |
| 合 計 | 60問 | ※弱視等受験者 (1.3倍) 156分 |

別紙2 試験問題出題範囲

| 介護保険法別表の科目 | 区分 | 大項目 | 中項目 | 小項目 |
|--|-----------|-----------------|---|---|
| 一この法律その他関係法令に関する科目 | 1 基本視点 | 1 介護保険制度導入の背景 | 1 高齢化の進展と高齢者を取り巻く状況の変化 | 1 長寿・高齢化の進展 2 高齢化の進展に伴う要介護高齢者の増加 3 介護の長期化・重度化 4 家族の介護機能の低下 5 個人の人生にとっての介護問題 6 家族にとっての介護問題 7 社会にとっての介護問題 |
| | | | 2 従来の制度の問題点 | 1 老人福祉制度 2 老人医療制度 3 制度間の不整合 |
| 3 社会保険方式の意義 | | | 1 我が国の社会保険制度のあり方 2 給付と負担の関係の明確性 3 利用者の選択の尊重 | |
| 4 介護保険制度創設のねらい | | | 1 介護という新たな課題への対応 2 効率的、公平な制度の創設 3 サービス利用者の立場に立った制度体系 4 民間活力の活用 5 高齢者の被保険者としての位置づけ | |
| | | 2 介護保険と介護支援サービス | - | - |
| | 2 介護保険制度論 | 1 介護保険制度論 | 1 介護保険制度の目的等 | 1 社会保障、社会保険、介護保険の体系 2 医療保障の体系 3 高齢者の保健・医療・福祉の体系 4 介護保険制度の目的 5 保険事故と保険給付の基本的理念 6 国民の努力および義務 |
| 2 保険者及び国、都道府県の責務等 | | | 1 保険者 2 保険者の事務 3 介護保険の会計 4 条例 5 国の責務、事務 6 都道府県の責務、事務 7 医療保険者および年金保険者の事務 8 審議会 | |
| 3 被保険者 | | | 1 被保険者の概念 2 強制適用 3 被保険者の資格要件 4 住所認定の基準 5 適用除外 6 資格取得の時期 7 資格喪失の時期 8 届出 9 住所地特例 10 被保険者証 | |
| 4 保険給付の手續・種類・内容 | | | 1 要介護認定および要支援認定 2 要介護認定等の手續 3 介護認定審査会 4 保険給付通則 5 保険給付の種類 6 保険給付の内容 7 介護報酬 8 支給限度額 9 現物給付 10 審査・支払い 11 利用者負担 12 保険給付の制限 | |
| 5 事業者及び施設 (人員、施設及び設備並びに運営に関する基準を含む) | | | 1 指定居宅サービス事業者 2 指定居宅介護支援事業者 3 介護支援専門員 4 指定介護予防サービス事業者 5 指定介護予防支援事業者 6 指定地域密着型サービス事業者 7 指定地域密着型介護予防サービス事業者 8 基準該当サービスの事業者 9 離島等における相当サービスの事業者 10 介護保険施設 | |
| 6 介護保険事業計画 | | | 1 基本指針 2 老人保健福祉計画、医療計画との関係 3 市町村介護保険事業計画 4 都道府県介護保険事業支援計画 | |
| 7 保険財政 | | | 1 財政構造 2 事務費 3 その他の補助 4 第1号被保険者に係る保険料 5 介護給付費交付金および介護給付費納付金 6 第2号被保険者に係る保険料 7 支払基金の業務 | |
| 8 財政安定化基金等 | | | 1 財政安定化基金事業 2 市町村相互財政安定化事業 | |
| 9 地域支援事業 | | | 1 介護予防・日常生活支援総合事業 2 包括的支援事業 3 その他の事業 4 財源構成 | |
| 10 介護サービス情報の公表 | | | 1 介護サービス情報の公表の内容 2 指定調査機関 3 指定情報公表センター | |
| 11 国民健康保険団体連合会の介護保険事業関係業務 | | | 1 審査・支払い 2 給付費審査委員会 3 苦情処理等の業務 4 第三者行為求償事務 5 その他の業務 | |
| 12 審査請求 | | | 1 概説 2 審査請求ができる事項 3 介護保険審査会 4 委員 5 審理裁決を扱う合議体 6 専門調査員 7 訴訟との関係 | |
| 13 雑則 | | | 1 報告の徴収等 2 先取特権の順位 3 時効等 4 資料の提供等 | |
| 14 検討規定(附則) | | | - | |

| 介護保険法別表の科目 | 区分 | 大項目 | 中項目 | 小項目 | | |
|--------------------------------------|---|--|------------------------------|--|--------------------------------|--|
| 二居宅サービス計画、施設サービス計画及び介護予防サービス計画に関する科目 | 3 ケアマネジメント機能論 | 1 ケアマネジメント機能論 | 1 介護保険制度におけるケアマネジメント | 1 介護保険におけるケアマネジメントの定義と必要性 2 介護保険におけるケアマネジメント機能の位置づけ 3 介護保険でのサービス利用手続きの全体構造と介護支援サービス | | |
| | | | 2 ケアマネジメントの基本的理念、意義等 | 1 要介護者等とその世帯の主体性尊重の仕組み 2 自立支援、多様な生活を支えるサービスの視点 3 家族（介護者）への支援の必要性 4 保健・医療・福祉サービスを統合したサービス調整の視点 5 サービスの展開におけるチームアプローチの視点 6 適切なサービス利用（効果性、効率性）の視点 7 保健・医療・福祉サービス（保険給付サービス等）とインフォーマルサポートを統合する社会資源調整の視点 | | |
| | | | 3 介護支援専門員の基本姿勢 | — | | |
| | | | 4 介護支援専門員の役割・機能 | 1 利用者本位の徹底 2 チームアプローチの実施－総合的判断と協働 3 居宅サービス計画に基づくサービス実施状況のモニタリングと計画の修正 4 サービス実施体制におけるマネジメントの情報提供と秘密保持 5 信頼関係の構築 6 社会資源の開発 | | |
| | | | 5 ケアマネジメントの記録 | — | | |
| | | 2 介護支援サービス方法論 | 1 居宅介護支援サービスの開始過程 | — | | |
| | | | 2 居宅サービス計画作成のための課題分析 | — | | |
| | | | 3 居宅サービス計画作成指針 | — | | |
| | | | 4 モニタリングおよび居宅サービス計画での再課題分析 | — | | |
| | | 3 介護予防支援サービス方法論 | 1 介護予防支援サービスの開始過程 | — | | |
| | | | 2 介護予防サービス計画作成のための課題分析 | — | | |
| | | | 3 介護予防サービス計画作成指針 | — | | |
| | | | 4 モニタリングおよび介護予防サービス計画での再課題分析 | — | | |
| | | 4 施設介護支援サービス方法論 | 1 施設介護支援サービスの開始過程 | — | | |
| | | | 2 施設サービス計画作成のための課題分析 | — | | |
| | | | 3 施設サービス計画作成指針 | — | | |
| | | | 4 モニタリングおよび施設サービス計画での再課題分析 | — | | |
| | | 三介護給付等対象サービスその他の保健医療サービス及び福祉サービスに関する科目 | 4 高齢者支援展開論（高齢者介護総論） | 1 総論 I 医学編 | 1 高齢者の身体的・精神的な特徴と高齢期に多い疾病および障害 | 1 高齢者の身体的・精神的・心理的特徴 2 高齢者に起こりやすい疾病および障害の特徴 3 高齢者に多くみられる各種の疾患 |
| | | | | | 2 バイタルサインの正確な観察・測定、解釈・分析 | 1 全身の観察とバイタルサイン 2 バイタルサインの正しい観察・測定方法とポイント |
| | | | | | 3 検査の意義およびその結果の把握、患者指導 | 1 検査値の変動について 2 検査各論 |
| 4 介護技術の展開 | 1 身体介護と家事援助の関連 2 食事の介護 3 排泄および失禁の介護 4 褥瘡への対応 5 睡眠の介護 6 清潔の介護 7 口腔のケア | | | | | |
| 5 ケアにおけるリハビリテーション | 1 リハビリテーションの考え方 2 リハビリテーションの基礎知識 3 リハビリテーションの実践（訓練と援助の実践） | | | | | |
| 6 認知症高齢者の介護 | 1 老人性認知症の特徴、病態 2 認知症高齢者・家族への援助と介護支援サービス | | | | | |
| 7 精神に障害のある場合の介護 | 1 高齢者の精神障害 2 精神に障害のある高齢者の介護 | | | | | |
| 8 医学的診断・治療内容・予後の理解 | 1 医学的診断の理解 2 治療内容の理解 3 予後の理解 | | | | | |
| 9 現状の医学的問題、起こりうる合併症、医師、歯科医師への連絡・情報交換 | 1 現状の医学的問題のとらえ方 2 起こりうる合併症の理解 3 医師、歯科医師への連絡・情報交換 | | | | | |
| 10 栄養・食生活からの支援・介護 | 1 人間らしい栄養・食生活とは 2 栄養・食生活からの介護の手順 3 望ましい栄養・食生活をめざして提示されている食生活指針等 | | | | | |
| 11 呼吸管理、その他の在宅医療管理 | 1 呼吸管理の考え方 2 その他の在宅医療管理 | | | | | |
| 12 感染症の予防 | 1 感染症の種類と特徴 2 起こりやすい感染症の予防と看護・介護 | | | | | |
| 13 医療器具を装着している場合の留意点 | 1 在宅酸素療法（HOT） 2 気管内挿管 3 人工呼吸器 4 腹膜透析 5 在宅中心静脈栄養法 6 内視鏡的胃瘻造設術（PEG） 7 ペースメーカー | | | | | |
| 14 急変時の対応 | 1 高齢者救急疾患の病態上の特徴 2 主な急変時の対応 3 在宅看護・介護で遭遇しやすい急変 | | | | | |
| 15 健康増進・疾病障害の予防 | 1 基本理念 2 生活習慣病の予防 3 がん 4 循環器疾患 5 糖尿病 6 骨粗しょう症 7 21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21） | | | | | |
| 2 総論 II 福祉編 | 1 基礎相談・面接技術 | | | 1 基本姿勢 2 コミュニケーションの知識と技術 3 インテークワーク技術 4 隠されたニーズの発見 | | |
| | 2 ソーシャルワークとケアマネジメント（介護支援サービス） | | | — | | |
| | 3 ソーシャルワーク（社会福祉専門援助技術）の概要 | | | 1 個別援助技術（ソーシャルケースワーク） 2 集団援助技術（ソーシャルグループワーク） 3 地域援助技術（コミュニティワーク） | | |
| | 4 接近困難事例への対応 | | | 1 援助困難事例への対応 2 接近困難事例と問題状況の分類 3 接近困難事例の理解とアプローチ | | |
| 3 総論 III 臨死編 | 1 チームアプローチの必要性および各職種の役割 | | | — | | |
| | 2 高齢者のターミナルケアの実践、家族へのケア | | | 1 事例の概要 2 在宅での看取りの成立条件 3 在宅ホスピスにおける症状緩和 4 死の教育 5 在宅ホスピスとQOL | | |
| | 3 死亡診断 | | | 1 死亡に医師が立ち会っていないとき 2 医師が立ち会っていないとき 3 精神面からみたターミナルケア | | |

| 介護保険法別表の科目 | 区分 | 大項目 | 中項目 | 小項目 |
|--|-------------------------------|---------------------------|----------------------------|-----|
| 三介護給付等対象サービスその他の保健医療サービス及び福祉サービスに関する科目 | 5 高齢者支援展開論（居宅サービス事業各論） | 1 訪問介護方法論 | 1 訪問介護の意義・目的 | - |
| | | | 2 訪問介護サービス利用者の特性 | - |
| | | | 3 訪問介護の内容・特徴 | - |
| | | | 4 介護支援サービスと訪問介護 | - |
| | | 2 訪問入浴介護方法論 | 1 訪問入浴介護の意義・目的 | - |
| | | | 2 訪問入浴介護利用者の特性 | - |
| | | | 3 訪問入浴介護の内容・特徴 | - |
| | | | 4 介護支援サービスと訪問入浴介護 | - |
| | | 3 訪問看護方法論 | 1 訪問看護の意義・目的 | - |
| | | | 2 訪問看護サービス利用者の特性 | - |
| | | | 3 訪問看護の内容・特徴 | - |
| | | | 4 介護支援サービスと訪問看護 | - |
| | | 4 訪問リハビリテーション方法論 | 1 訪問リハビリテーションの意義・目的 | - |
| | | | 2 訪問リハビリテーションサービス利用者の特性 | - |
| | | | 3 訪問リハビリテーションの内容・特徴 | - |
| | | | 4 介護支援サービスと訪問リハビリテーション | - |
| | | 5 居宅療養管理指導方法論 | 1 医学的管理サービスの意義・目的 | - |
| | | | 2 医学的管理サービス利用者の特性 | - |
| | | | 3 介護支援サービスと医学的管理サービス | - |
| | | | 4 口腔管理—歯科衛生指導の意義・目的 | - |
| | | | 5 口腔管理—歯科衛生指導利用者の特性 | - |
| | | | 6 介護支援サービスと口腔管理—歯科衛生指導 | - |
| | | | 7 薬剤管理指導の意義・目的 | - |
| | | | 8 薬剤管理指導利用者の特性 | - |
| | | | 9 介護支援サービスと薬剤管理指導 | - |
| | | 6 通所介護方法論 | 1 通所介護の意義・目的 | - |
| | | | 2 通所介護サービス利用者の特性 | - |
| | | | 3 通所介護の内容・特徴 | - |
| | | | 4 介護支援サービスと通所介護 | - |
| | | 7 通所リハビリテーション方法論 | 1 通所リハビリテーションの意義・目的 | - |
| | | | 2 通所リハビリテーションサービス利用者の特性 | - |
| | | | 3 通所リハビリテーションの内容・特徴 | - |
| | | | 4 介護支援サービスと通所リハビリテーション | - |
| | | 8 短期入所生活介護方法論 | 1 短期入所生活介護の意義・目的 | - |
| | | | 2 短期入所生活介護サービス利用者の特性 | - |
| | | | 3 短期入所生活介護の内容・特徴 | - |
| | | | 4 介護支援サービスと短期入所生活介護 | - |
| | | 9 短期入所療養介護方法論 | 1 短期入所療養介護の意義・目的 | - |
| | | | 2 短期入所療養介護サービス利用者の特性 | - |
| | | | 3 短期入所療養介護の内容・特徴 | - |
| | | | 4 介護支援サービスと短期入所療養介護 | - |
| | | 10 特定施設入居者生活介護方法論 | 1 特定施設入居者生活介護の意義・目的 | - |
| | | | 2 特定施設入居者生活介護サービス利用者の特性 | - |
| | | | 3 特定施設入居者生活介護の内容・特徴 | - |
| | | | 4 介護支援サービスと特定施設入居者生活介護 | - |
| | | 11 福祉用具及び住宅改修方法論 | 1 福祉用具の意義・目的 | - |
| | | | 2 福祉用具利用者の特性および福祉用具の機能、使用法 | - |
| | | | 3 福祉用具の内容・特徴 | - |
| | | | 4 介護支援サービスと福祉用具 | - |
| | | | 5 住宅改修の意義・目的 | - |
| | | | 6 住宅改修利用者の特性および住宅改修の機能、使用法 | - |
| | | | 7 住宅改修の内容・特徴 | - |
| 8 介護支援サービスと住宅改修 | - | | | |
| 6 高齢者支援展開論（地域密着型サービス事業各論） | 1 定期巡回・随時対応型訪問介護看護方法論 | 1 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の意義・目的 | - | |
| | | 2 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用者の特性 | - | |
| | | 3 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の内容・特徴 | - | |
| | 2 夜間対応型訪問介護方法論 | 1 夜間対応型訪問介護の意義・目的 | - | |
| | | 2 夜間対応型訪問介護の利用者の特性 | - | |
| | | 3 夜間対応型訪問介護の内容・特徴 | - | |
| | 3 地域密着型通所介護方法論 | 1 地域密着型通所介護の意義・目的 | - | |
| | | 2 地域密着型通所介護の利用者の特性 | - | |
| | | 3 地域密着型通所介護の内容・特徴 | - | |
| | 4 認知症対応型通所介護方法論 | 1 認知症対応型通所介護の意義・目的 | - | |
| | | 2 認知症対応型通所介護の利用者の特性 | - | |
| | | 3 認知症対応型通所介護の内容・特徴 | - | |
| | 5 小規模多機能型居宅介護方法論 | 1 小規模多機能型居宅介護の意義・目的 | - | |
| 2 小規模多機能型居宅介護の利用者の特性 | | - | | |
| 3 小規模多機能型居宅介護の内容・特徴 | | - | | |
| 6 認知症対応型共同生活介護方法論 | 1 認知症対応型共同生活介護の意義・目的 | - | | |
| | 2 認知症対応型共同生活介護の利用者の特性 | - | | |
| | 3 認知症対応型共同生活介護の内容・特徴 | - | | |
| 7 地域密着型特定施設入居者生活介護方法論 | 1 地域密着型特定施設入居者生活介護の意義・目的 | - | | |
| | 2 地域密着型特定施設入居者生活介護の利用者の特性 | - | | |
| | 3 地域密着型特定施設入居者生活介護の内容・特徴 | - | | |
| 8 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護方法論 | 1 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の意義・目的 | - | | |
| | 2 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の利用者の特性 | - | | |
| | 3 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護の内容・特徴 | - | | |
| 9 複合型サービス方法論 | 1 複合型サービスの意義・目的 | - | | |
| | 2 複合型サービスの利用者の特性 | - | | |
| | 3 複合型サービスの内容・特徴 | - | | |
| 7 高齢者支援展開論（介護予防サービス事業各論） | 1 介護予防訪問入浴介護方法論 | 1 介護予防訪問入浴介護の意義・目的 | - | |
| | | 2 介護予防訪問入浴介護利用者の特性 | - | |
| | | 3 介護予防訪問入浴介護の内容・特徴 | - | |
| | | 4 介護予防支援サービスと介護予防訪問入浴介護 | - | |

| 介護保険法別表の科目 | 区分 | 大項目 | 中項目 | 小項目 |
|--|-------------------------------|------------------------------------|------------------------------|-----|
| 三介護給付等対象サービスその他の保健医療サービス及び福祉サービスに関する科目 | 7 高齢者支援展開論（介護予防サービス事業各論） | 2 介護予防訪問看護方法論 | 1 介護予防訪問看護の意義・目的 | - |
| | | | 2 介護予防訪問看護サービス利用者の特性 | - |
| | | | 3 介護予防訪問看護の内容・特徴 | - |
| | | | 4 介護予防支援サービスと介護予防訪問看護 | - |
| | | 3 介護予防訪問リハビリテーション方法論 | 1 介護予防訪問リハビリテーションの意義・目的 | - |
| | | | 2 介護予防訪問リハビリテーションサービス利用者の特性 | - |
| | | | 3 介護予防訪問リハビリテーションの内容・特徴 | - |
| | | | 4 介護予防支援サービスと介護予防訪問リハビリテーション | - |
| | | 4 介護予防居宅療養管理指導方法論 | 1 医学的管理サービスの意義・目的 | - |
| | | | 2 医学的管理サービス利用者の特性 | - |
| | | | 3 介護予防支援サービスと医学的管理サービス | - |
| | | | 4 口腔管理—歯科衛生指導の意義・目的 | - |
| | | | 5 口腔管理—歯科衛生指導利用者の特性 | - |
| | | | 6 介護予防支援サービスと口腔管理—歯科衛生指導 | - |
| | | | 7 薬剤管理指導の意義・目的 | - |
| | | | 8 薬剤管理指導利用者の特性 | - |
| | | | 9 介護予防支援サービスと薬剤管理指導 | - |
| | | 5 介護予防通所リハビリテーション方法論 | 1 介護予防通所リハビリテーションの意義・目的 | - |
| | | | 2 介護予防通所リハビリテーションサービス利用者の特性 | - |
| | | | 3 介護予防通所リハビリテーションの内容・特徴 | - |
| | | | 4 介護予防支援サービスと介護予防通所リハビリテーション | - |
| | | 6 介護予防短期入所生活介護方法論 | 1 介護予防短期入所生活介護の意義・目的 | - |
| | | | 2 介護予防短期入所生活介護サービス利用者の特性 | - |
| | | | 3 介護予防短期入所生活介護の内容・特徴 | - |
| | | | 4 介護予防支援サービスと介護予防短期入所生活介護 | - |
| | | 7 介護予防短期入所療養介護方法論 | 1 介護予防短期入所療養介護の意義・目的 | - |
| | | | 2 介護予防短期入所療養介護サービス利用者の特性 | - |
| | 3 介護予防短期入所療養介護の内容・特徴 | | - | |
| | 4 介護予防支援サービスと介護予防短期入所療養介護 | | - | |
| | 8 介護予防特定施設入所者生活介護方法論 | 1 介護予防特定施設入所者生活介護の意義・目的 | - | |
| | | 2 介護予防特定施設入所者生活介護サービス利用者の特性 | - | |
| | | 3 介護予防特定施設入所者生活介護の内容・特徴 | - | |
| | | 4 介護予防支援サービスと介護予防特定施設入所者生活介護 | - | |
| | 9 介護予防福祉用具及び介護予防住宅改修方法論 | 1 介護予防福祉用具の意義・目的 | - | |
| | | 2 介護予防福祉用具利用者の特性および介護予防福祉用具の機能、使用法 | - | |
| | | 3 介護予防福祉用具の内容・特徴 | - | |
| | | 4 介護予防支援サービスと介護予防福祉用具 | - | |
| | | 5 介護予防住宅改修の意義・目的 | - | |
| | | 6 介護予防住宅改修利用者の特性および介護予防住宅改修の機能、使用法 | - | |
| | | 7 介護予防住宅改修の内容・特徴 | - | |
| | | 8 介護予防支援サービスと介護予防住宅改修 | - | |
| | 8 高齢者支援展開論（地域密着型介護予防サービス事業各論） | 1 介護予防認知症対応型通所介護方法論 | 1 介護予防認知症対応型通所介護の意義・目的 | - |
| | | | 2 介護予防認知症対応型通所介護の利用者の特性 | - |
| | | | 3 介護予防認知症対応型通所介護の内容・特徴 | - |
| | | 2 介護予防小規模多機能型居宅介護方法論 | 1 介護予防小規模多機能型居宅介護の意義・目的 | - |
| | | | 2 介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者の特性 | - |
| | | | 3 介護予防小規模多機能型居宅介護の内容・特徴 | - |
| | | 3 介護予防認知症対応型共同生活介護方法論 | 1 介護予防認知症対応型共同生活介護の意義・目的 | - |
| 2 介護予防認知症対応型共同生活介護の利用者の特性 | | | - | |
| 3 介護予防認知症対応型共同生活介護の内容・特徴 | | | - | |
| 9 高齢者支援展開論（介護保険施設各論） | 1 指定介護老人福祉施設サービス方法論 | 1 指定介護老人福祉施設の意義・目的 | - | |
| | | 2 指定介護老人福祉施設サービス利用者の特性 | - | |
| | | 3 指定介護老人福祉施設の内容・特徴 | - | |
| | 2 介護老人保健施設サービス方法論 | 1 介護老人保健施設の意義・目的 | - | |
| | | 2 介護老人保健施設サービス利用者の特性 | - | |
| | | 3 指定介護老人保健施設の内容・特徴 | - | |
| | 3 介護医療院サービス方法論 | 1 介護医療院の意義・目的 | - | |
| | | 2 介護医療院サービス利用者の特性 | - | |
| | | 3 介護医療院の内容・特徴 | - | |
| 10 高齢者支援展開論（社会資源活用論） | 1 公的サービスおよびその他の社会資源活用論 | 1 自立支援のための総合的ケアネットワークの必要性 | - | |
| | | 2 社会資源間での機能や役割の相違 | - | |
| | | 3 フォーマルな分野とインフォーマルな分野の連携の必要性 | - | |
| 四要介護認定及び要支援認定に関する科目 | 11 要介護・要支援認定特論 | 1 要介護認定の流れ | 1 要介護認定基準について | - |
| | | | 2 認定調査 | - |
| | | | 3 主治医意見書 | - |
| | | | 4 一次判定の概略 | - |
| | | | 5 介護認定審査会における二次判定の概略 | - |
| | | | 6 要介護認定等基準時間の推計の考え方 | - |
| | | 2 一次判定の仕組み | 1 要介護認定等基準時間の算出方法 | - |
| | | | 2 要介護認定等基準時間の算出方法 | - |
| | | 3 二次判定の仕組み | 1 二次判定の基本的な方法 | - |
| | | | 2 介護認定審査会における審査・判定の手順 | - |
| | | | 3 二次判定のポイント | - |

(注) この表に掲げる項目は、介護保険法、関連法令に規定されたもの及びその関連通知で基礎的な知識及び技能を有することの確認のために必要な内容を含むものとする。

②提出書類と申込み方法

1 提出書類について

- 受験の申込みにあたっては、必ず所定の様式・封筒を使用し、必要な書類の不備・不足がないように準備してください。

※受験要件等により提出書類が異なりますので、指定された書類または様式をご確認ください。

- 提出書類に不備等があると受付できません。また、期限までに提出できない場合は、申込不受理となり受験できませんので、十分ご注意ください。

(1) 提出書類一覧

※各書類の作成にあたっては、「(2) 提出書類作成にあたっての留意事項」(P12~13)を必ず確認してください。(各書類のNoは、「(2) 提出書類作成にあたっての留意事項」の書類のNoと連動しています。)

| No | 書類名 | 新規受験者提出の有無 | 再受験者提出の有無 |
|----|--|------------|------------|
| 1 | (様式1) 受験申込書 | ◎ 必須 | ◎ 必須 |
| 2 | (様式2) 受験者整理カード | ◎ 必須 | ◎ 必須 |
| 3 | (様式3-1) 実務経歴証明書 (様式3-2) 実務経歴証明書【見込】 | ◎ 必須 | 省略可 |
| 4 | 第21~28回試験の受験票または合否通知(原本) ※北海道で受験された方のみ(他都府県は不可) | × | ◎ 必須 |
| 5 | 法定資格の免許証・登録証(写し) | ○ 該当者のみ | 省略可 |
| 6 | 戸籍抄本等(原本) ※氏名の変更履歴が確認できる公的書類 | ○ 該当者のみ | ○ 該当者のみ |
| 7 | (様式4) 従事日数内訳(見込)証明書 | ○ 該当者のみ | 省略可 |
| 8 | 「受験者=実務経歴証明書の証明者」の場合に必要な書類 | ○ 該当者のみ | 省略可 |
| 9 | (様式5) 身体障がい者等受験特別措置申請書 (様式6-1~4) 診断・意見書または身体障害者手帳(写し) | ○ 該当者のみ | ○ 該当者のみ |
| 10 | 【受験申込後に変更があった場合】 (様式7) 申込書記載事項変更届 | ○ 該当者のみ | ○ 該当者のみ |

再受験者とは、第21~28回の試験受験者(北海道で受験されている方のみ)のうち、「受験票」または「合否通知」の原本を保有している方です。第20回以前の試験受験者は受験要件が異なる為再受験者には該当しません。

(2) 提出書類作成にあたっての留意事項

| No | 書類名 | 留意事項 |
|----|---|--|
| 1 | (様式1) 受験申込書 | ●記入要領、記載例を参照してください。(P 23～30 参照) |
| 2 | (様式2) 受験者整理カード | ●記入要領、記載例を参照してください。(P 31 参照) |
| 3 | (様式3-1) 実務経験証明書 (様式3-2) 実務経験証明書【見込】 (証明者の公印が押された原本) ※氏名が異なっている場合は戸籍抄本等が必要 | ●実務経験証明書の作成要領、記入上の注意事項、記載例を参照してください。(P 32～40 参照) ●「見込」で証明書を提出する場合 ・受験資格に必要な実務経験が申込日までに満たされない場合は、「見込受験」として申し込むことができます。この場合、従事期間または従事期間における従事日数は、試験日の前日(令和8年10月10日)まで算入できます。 ・実務経験証明書は、様式3-2【見込】で提出してください。提出した後、要件を満たした時点で確定書類として様式3-1を改めて提出してください。 ・期日までに提出がない場合、 <u>試験は無効</u> となります。 確定書類の提出期限 令和8年10月21日(水)消印有効 |
| 4 | 第21～28回試験の 受験票(原本)または合否通知(原本) ※北海道で受験された方のみ(他都府県は不可) ※氏名が異なっている場合は戸籍抄本等が必要 (住所のみ変更している場合は、戸籍抄本等の添付は不要) | ●第21～28回の試験受験者(北海道で受験された方のみ)は、「受験票」または「合否通知」の原本を提出することにより、実務経験証明書の提出を省略することができます。 ●「見込」で申込み・受験をして、期日までに確定した書類(実務経験証明書及び法定資格の免許証等)の未提出などで受験が無効となった場合は、省略することができません。 ●原本を紛失した場合は、本会に連絡してください。 ●実務経験証明書の提出を省略された方についても、受験の要件審査を行いますので、審査で疑義が生じた場合は、実務経験証明書、その他の必要書類を提出していただく場合があります。 |
| 5 | 《受験要件区分第1号は必須》 法定資格の免許証・登録証(写し) 医師、歯科医師、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、社会福祉士、介護福祉士、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)、精神保健福祉士 ※氏名が異なっている場合は戸籍抄本等が必要 | ●法定資格保有者による要件で受験する場合に提出が必要です。 ・証に記載の「氏名」「生年月日」「登録年月日」「登録番号」がわかるよう写しをとってください。 (注)再発行の免許証等で、 資格取得日が免許証裏面に記載されている場合があります 。裏面の写しも添付してください。 (注)国家試験の「合格証」の写しは無効 ●複数資格を通算する場合 ・准看護師と看護師など、複数の資格での従事期間を通算することで、従事期間が5年以上となる場合は、それぞれの免許証の写しが必要です。 ●免許証等の発行(再発行)手続中の場合 ・手続き中であることが分かる書類を提出し、免許証等が届いた時点で写しを提出してください。(見込受験) ・期日までに提出がない場合、 <u>試験は無効</u> になります。 確定書類の提出期限 令和8年10月21日(水)消印有効 |
| 6 | 戸籍抄本等(原本) ※氏名の変更履歴が確認できる公的書類 ※氏名変更がない場合(住所のみの変更)は提出の必要はありません。 | ●受験申込書と添付書類(免許証・実務経験証明書など)の氏名が異なる場合に提出が必要です。 ・市区町村役場の窓口で氏名の変更履歴が確認できるかどうかを確認の上、 <u>原本(原則、受験申込み前6ヶ月以内に発行のもの)</u> を提出してください。 ※「個人番号(マイナンバー)」の記載がないものを提出してください。 |

| No | 書類名 | 留意事項 |
|----|--|---|
| 7 | <p>(様式4) 従事日数内訳(見込) 証明書</p> <p>※氏名が異なっている場合は戸籍抄本等が必要</p> | <ul style="list-style-type: none"> ●同時期の実務経験期間に複数の施設・事業所等で勤務のあった場合に提出が必要です。(P 19 問 12 参照) <ul style="list-style-type: none"> ・施設または事業所等に証明書の作成を依頼してください。 ●従事期間に見込日数が含まれる場合 <ul style="list-style-type: none"> ・従事予定日を見込んだ証明書を作成してもらってください。また、従事期間を満たした後、速やかに確定した従事日数内訳証明書と実務経験証明書を一緒に提出してください。(見込受験) <p style="text-align: center;">確定書類の提出期限 令和8年10月21日(水)消印有効</p> |
| 8 | <p>「受験者＝実務経験証明書の証明者」の場合に必要な書類</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>提出書類 開設地、開設年月日、氏名等が確認できる書類 開業許可証、認可証、開設届、指定通知書、業務委託契約書など(写し)</p> </div> | <ul style="list-style-type: none"> ●実務経験証明書の証明者と受験者が同一となる場合に提出が必要です。 <ul style="list-style-type: none"> ・証明者の氏名及び開設地、開設年月日、氏名(実務経験証明書を証明する立場を確認できる書類等)等が確認できる書類(公的機関に提出し受理されたもの)を提出してください。 ・保健所等が発行する開業許可証、認可証、開設届等(開設地・開設年月日のわかる書類)の写しを添付してください。 <p>※提出された書類以外でも、審査の段階で追加提出を求める場合があります。 (追加書類の一例)</p> <ol style="list-style-type: none"> ①指定(更新)申請書類の「指定に係る記載事項」及び「従事者の勤務体制」及び「勤務形態一覧表」、又は辞令発令簿、辞令書、職員配置図など(写し) ②介護(相談)記録(写し) ③記録と同月のシフト表(写し) <p>特に認可、許可、届け出制がなく社会福祉士や介護福祉士の業務をおこなっている場合は、上記の書類を求める場合があります。</p> |
| 9 | <p>(様式5) 身体障がい者等受験特別措置申請書</p> <p>(様式6-1~4) 診断・意見書 または身体障害者手帳(写し)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ●障がい等により、受験に際し特別な措置を希望する場合に提出が必要です。 <ul style="list-style-type: none"> ・身体障がい者等に対する受験特別措置の受験者へ配慮する事項(P 43)を参照し、該当する障がい等と特別措置内容を確認の上、申請してください。 ・障がいの状況により医師が証明する「(様式6) 診断・意見書」または身体障害者手帳の写しを提出してください。 |
| 10 | <p>(様式7) 申込書記載事項変更届</p> | <ul style="list-style-type: none"> ●受験申込み後に、受験申込書の記載事項(氏名・住所等)に変更があった場合に提出が必要です。 ●氏名を変更した場合 <ul style="list-style-type: none"> ・本人確認のため、必ず氏名変更が確認できる書類を併せて提出してください。その際、市区町村役場の窓口で氏名の変更履歴が確認できるかどうかを確認の上、提出してください。 (例：戸籍抄本等の原本) ※「個人番号(マイナンバー)」の記載がないものを提出してください。 |

2 申込み方法

(1) 受験申込書の受付期間・送付先

| | |
|---------|--|
| 受付期間 | 令和8年5月18日(月)～6月11日(木) (消印有効) ⚠ 期限を過ぎると受付できませんので、ご注意ください! |
| 申込書類送付先 | 〒060-0003 札幌市中央区北3条西7丁目1番地 第1水産ビル4F 一般社団法人 北海道介護支援専門員協会 |
| 注意事項 | <ul style="list-style-type: none"> ● P11 に示す提出書類を用意し、受験手数料を払込みの上、試験案内(本書)に付属する受験申込専用封筒に入れてください。 ● 必ず1人につき1封筒を使用してください。複数の申込書の封入は認めません。 ● 郵便局の窓口にて簡易書留で郵送してください。 ● 受験申込の受付後は、受験申込書等書類は一切返却しません(審査の結果、受験要件を満たさなかった方は除く)。 |

(2) 受験手数料の払込み

| | |
|-------|---|
| 受験手数料 | 13,600円 ※非課税(試験事務手数料12,200円、試験問題作成事務手数料1,400円) ※試験問題作成事務手数料1,400円については、北海道介護支援専門員協会より試験問題作成機関「公益財団法人社会福祉振興・試験センター」へ納付します。 ※北海道保健福祉部手数料条例により定められた金額 |
| 払込手数料 | 170円 ※10%対象155円、消費税15円 ※払込手数料は、受験申込者の負担となります。 |
| 払込期間 | 令和8年5月18日(月)～6月11日(木) |
| 注意事項 | <ul style="list-style-type: none"> ● 試験案内(本書)に付属する「払込取扱票」にて、払込取扱票(裏面)に記載しているコンビニエンスストアで払込みをしてください。 ● 払込みは、コンビニエンスストアの利用のみに限定していますので留意してください。口座振込等はできませんので、ご了承ください。 ● 受験料の支払証明書等の書類発行は行っておりません。「払込受領証(3連式の右端)のコピーを取り、控えとして保管したものが領収書となりますので、大切に保管してください。 ● 必ず「受領日付印」がある払込受領証の原本を、受験申込書に添付してください。 <p>領収証を紛失・破損(登録番号が確認できない)された場合には、入金者が特定できない為、もう一度受験手数料の払込みをしていただくこととなりますので、ご注意ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 受験手数料払込後、令和8年7月6日(月)以降に本人の都合により申込みを取りやめる場合は、受験手数料は返還しません。 ただし審査の結果、受験要件を満たさなかった場合は、返還請求書を申込書類と併せて送付しますので、手続き完了後、振込手数料と書類返却の郵送料を差し引いた上で受験手数料を返還します。【返還時期は、12月下旬頃予定】 ● 感染症(インフルエンザ、はしか、コロナ、百日咳等)により、当日欠席した場合でも受験手数料の返還はできませんのでご了解ください。 |

⚠ 注 意 ⚠

受験要件を満たしているものとして受験申込書等を受理された者が、試験を受けた後に、提出した書類(申込書・実務経験証明書等)の内容について事実と異なることが判明した場合は、試験に合格していても、その合格が取り消されます。

また、介護支援専門員資格登録簿に登録された後も、その名簿から消除されますので、受験申込みに当たっては、提出書類の内容について十分確認を行ってください。

介護保険法第69条の31

- 1 都道府県知事は、不正の手段によって介護支援専門員実務研修受講試験を受け、又は受けようとした者に対しては、合格の決定を取り消し、又はその介護支援専門員実務研修受講試験を受けることを禁止することができる。
- 2 指定試験実施機関は、その指定をした都道府県知事の前項に規定する職権を行うことができる。

3 申込み後の留意事項

(1) 受験の可否

| | |
|---------|--|
| 審 査 | <ul style="list-style-type: none"> ● 受験の可否は提出書類の審査によって決定します。 ● 申込後、審査の段階で書類の不備等が認められた場合は、北海道介護支援専門員協会より再提出を求めます。<u>連絡先電話に不在着信があった場合は、必ず折り返しご連絡をお願い致します。</u> |
| 不備書類の提出 | <ul style="list-style-type: none"> ● 不備書類を提出する場合は、市販の封筒等の表面に『再提出』と朱書きの上、簡易書留で北海道介護支援専門員協会まで郵送してください。※封筒はご自身で用意してください。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin: 10px auto; width: fit-content;"> 提出期限 令和8年7月6日(月) 消印有効 </div> <p>⚠ 提出期限までに提出できない場合は、申込不受理となり受験できません。</p> |

(2) 受験票の送付

| | |
|------|--|
| 発送日 | 令和8年9月上旬 |
| 留意事項 | <ul style="list-style-type: none"> ● 9月8日(火)の時点で受験票が到着しない場合は、北海道介護支援専門員協会まで連絡してください。 ● 受験票が到着したら、氏名・住所・試験会場を確認してください。 ● 試験の当日は、受験票を必ず持参してください。紛失等された場合は受験できないこともありますので、大切に保管してください。 |

(3) 「実務経験証明書等を【見込】」で提出した場合

| | |
|-------------|---|
| 確定した書類の提出期限 | 令和8年10月21日(水) (消印有効) |
| 留意事項 | <ul style="list-style-type: none"> ● 見込みで受験する場合 <ul style="list-style-type: none"> ・ 実務経験証明書の交付時において受験要件を満たさず、試験前日の令和8年10月10日(土)までに受験要件を満たす方は、要件が満たされた時点で速やかに確定した実務経験証明書(様式3-1)を改めて証明者に交付してもらい、提出期限までに簡易書留で北海道介護支援専門員協会に郵送してください。 ● 「法定資格免許証等の交付手続き中」に受験申込みをした場合 <ul style="list-style-type: none"> ・ 提出期限までに、免許証の写しを提出してください。 <p>⚠ 期日までに確定書類の提出がない場合は、受験要件を満たさなかったものとして、<u>本試験は無効となります。</u></p> <p>⚠ 無効になると、受験しても採点されず合否通知も発送されません。 なお、来年度以降に受験をする場合、再受験者の対象にならず、新規申込扱いとなり、実務経験証明書・資格証等を新たに提出することとなります。</p> |

(4) 氏名・住所・連絡先電話番号が変更になった場合

| | |
|------|---|
| 留意事項 | <ul style="list-style-type: none"> ● 受験申込書提出後から実務研修開始までの間に、<u>受験申込書に記載した氏名、住所、連絡先電話番号に変更が生じた場合は、「(様式7) 申込書記載事項変更届」(P 49)に必要事項を記入の上、北海道介護支援専門員協会まで郵送してください。</u> ● なお、<u>受験申込書提出後から10月28日(水)までに氏名を変更された場合は、本人確認のために氏名変更が確認できる書類(戸籍抄本等)を様式7に併せて提出してください。</u> <ul style="list-style-type: none"> ⚠ 郵送物の不着を防ぐためにも、転居の際には最寄りの郵便局に「転居届」を必ず提出してください。 ⚠ 戸籍抄本等を取得の際は、市区町村役場の窓口で氏名の変更履歴が記載されている書類かを確認の上、取得し提出してください。 ※「個人番号(マイナンバー)」の記載がないものを提出してください。 |
|------|---|

(5) 合格発表及び合否通知

| | |
|--------------|--|
| 合格発表日 | 令和8年11月24日(火) (北海道介護支援専門員協会ホームページ (https://www.do-kaigoshien.jp/) にて、合格者の受験番号を発表します。) |
| 合否通知の発送日について | ●受験者全員(試験当日欠席者・無効者を除く)に対して郵送にて合否を通知します。 ●合否通知の発送は11月24日(火)に発送予定です。届くのは11月25日(水)以降になります。もし12月4日(金)になっても合否通知が到着しない場合は、北海道介護支援専門員協会まで連絡してください。 |
| 留意事項 | ●電話による合否結果の問い合わせに対しては、いかなる場合もお答えすることはできません。 |

(6) 試験結果の開示

| | |
|------|--|
| 留意事項 | ●試験結果等について開示請求を希望する場合は、北海道介護支援専門員協会まで問い合わせてください。 |
|------|--|

(7) 介護支援専門員実務研修の受講【合格者のみ】

| | |
|----------|---|
| 案内方法 | ●介護支援専門員として従事するには、試験に合格した後、北海道介護支援専門員協会が実施する介護支援専門員実務研修の課程を修了する必要があります。 ●実務研修の受講を希望される方は、合格通知に記載されている申込受付期間内に、北海道介護支援専門員協会のホームページよりお申し込みください |
| 受講費用(予定) | 約77,000円程度(テキスト代を含む) ※現時点では未定。正式な金額は決定次第、本協会ホームページにてお知らせします。 ※北海道保健福祉部手数料条例により定められた金額 |
| 研修会場 | 札幌市を予定(合格状況により、他地域での開催を検討) |
| 開催期間(予定) | 令和8年12月～令和9年3月 |
| 研修内容(予定) | ●eラーニング(講義・演習)、グループワーク、実習等 ●詳細は11月中旬、当協会ホームページにて案内(予定) |

※詳細については、決定次第、北海道介護支援専門員協会のホームページでお知らせいたします。

【URL】 <https://www.do-kaigoshien.jp/>

介護支援専門員の登録についての留意点

下記の事項に該当する者は、試験に合格し、介護支援専門員実務研修を修了しても、介護支援専門員として登録を受けることはできません。

- ア 心身の故障により介護支援専門員の業務を適正に行うことができない者として厚生労働省令で定めるもの
- イ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者
- ウ この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者
- エ 登録申請前5年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者
- オ 法第69条の38第3項の規定による禁止の処分を受け、その禁止の期間中に法第69条の6第1項第1号の規定によりその登録が消除され、まだその期間が経過しない者
- カ 法第69条の39の規定による登録の消除の処分を受け、その処分の日から起算して5年を経過しない者
- キ 法第69条の39の規定による登録の消除の処分に係る行政手続法(平成5年法律第88号)第15条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に登録の消除の申請をした者(登録の消除の申請について相当の理由がある者を除く。)であって、当該登録が消除された日から起算して5年を経過しない者

③よくある質問

【試験地に関すること】

問1

Q 私は看護師として北海道内にある派遣会社に登録し、青森県の病院に派遣され、勤務しています。試験地はどちらになりますか？

A 青森県となります。
申込時の勤務先（勤務していない場合は自宅住所）の所在する都道府県が試験地となります。

問2

Q 試験申込時には帯広市に居たのですが、転勤で札幌市に引っ越してきました。試験地を札幌会場に変更してもらえますか？

A 変更はできません。帯広が試験地となります。
試験地は、申込時の勤務先（勤務していない場合は自宅住所）所在地に基づいて決定します。申込後に勤務先や自宅住所に変更があった場合でも試験地の変更はできません。

【受験要件に関すること】

問3

Q 私は4月1日から病院に勤務していますが、看護師免許は5月12日からの登録となっています。実務経験に算入できる従事期間はいつからになりますか？

A 看護師免許の登録日である5月12日から算入できます。
受験要件第1号（法定資格保有者）の場合は、その資格に基づく業務に従事した期間が従事期間となりますので、免許登録前は算入できません。

問4

Q 栄養士の資格を有しています。民間企業の社員食堂で献立作成や調理をしています。受験要件として該当しますか？

A 該当しません。
受験要件として、資格に基づく業務と併せて、要援護者に対する直接的な対人援助が前提となっています。その為、栄養士の業務としては、要援護者に栄養の指導・相談をする者が受験要件として該当します。

問5

Q 薬剤師の資格を有していて、製薬会社で5年間、医薬品の研究業務をおこなっています。受験要件に該当しますか？

A 該当しません。
国家資格を有していても、教育業務・研究業務・事務・営業販売などの要援護者に対する直接的な対人援助でない場合は受験要件に該当しません。

問6

Q 社会福祉士の資格があり、老人施設で身体介護業務に従事しています。受験要件に該当しますか？

A 該当しません。
社会福祉士とは「社会福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもって、身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の福祉に関する相談に応じ、助言、指導、福祉サービスを提供する者又は医師その他の保健医療サービスを提供する者その他の関係者との連絡及び調整その他の援助を行うことを業とする者をいう。（社会福祉士及び介護福祉士法の第二条より）」とあるように、身体介護業務は社会福祉士の資格に基づく業務ではないため、該当しません。

問7

Q 社会福祉士の資格があり、行政の福祉関係部署で事務職員をしています。受験要件に該当しますか？

A 事務職員は該当しません。
例えば、地域包括支援センターに社会福祉士として配置されていれば、職員の配置基準として社会福祉士が明記されているので該当します。
事務職員で、相談援助業務を兼務している場合は、実務経験証明書だけでは相談援助業務の内容を確認できない場合もあるので、資格に基づく業務を、客観的に確認できる書類（相談記録・職員配置図・事業概要・事務分掌等）の追加提出を求める場合があります。

問8

Q 保健師の資格があり、市役所の介護保険課で、介護保険の認定調査員の業務をしています。実務経験として算入できますか？

A 認定調査業務は、要援護者に対する直接対人援助業務ではないため実務経験として認められません。また、保健師の資格に基づく業務にも該当しません。

問9

Q 法定資格（社会福祉士または介護福祉士）を有して、サービス付き高齢者向け住宅で勤務しています。受験要件に該当しますか？

| | | |
|---|-----------------|---|
| A | 社会福祉士 （相談業務） | <ul style="list-style-type: none"> 「特定施設入居者生活介護」の指定を受けているサービス付き高齢者向け住宅で「生活相談員」として相談業務をしている場合は該当します。 ※特定の指定を受けていない場合、実務経験証明書以外で追加書類（客観的に資格に基づく業務を確認できる書類）の提出を求める場合があります。 |
| | 介護福祉士 （介護業務） | <ul style="list-style-type: none"> 「特定施設入居者生活介護」の指定を受けているサービス付き高齢者向け住宅で介護業務を行っている場合は該当します。 サービス付き高齢者向け住宅に併設する介護サービス事業所（訪問介護事業所等）の職員を兼務して、介護サービスを提供している場合は、実際に介護サービスを提供している事業所で介護業務に従事していた従事期間・日数が該当になります。 |

【実務の期間・日数に関すること】

問10

Q 試験日の3日前に、従事期間5年(= 1,825日)、従事日数900日の実務経験が満たされる予定です。受験することは可能ですか？

A 受験することは可能です。試験日の前日(令和8年10月10日)までの従事期間を算定できます。この場合、(様式3-2)実務経験証明書【見込】を提出し、受験要件を満たした時点で、改めて確定した内容の(様式3-1)実務経験証明書を提出してください。(P 39記載例②参照)

確定書類の提出期限 令和8年10月21日(水)(消印有効)

問 11

Q 業務従事日数は、1日8時間勤務でないと1日として計算されないのですか？

A 8時間に満たない場合でも1日として計算されます。
例えば、1日2時間の非常勤（登録）訪問介護員など、勤務時間が短い場合も1日として計算されます。また夜勤の勤務時間が17時～翌朝10時（仮定）の場合は、1日の従事日数として計算されます。

問 12

Q 同時期に2つの事業所にパート等で勤務した場合は、実務経験の計算はどうなりますか？

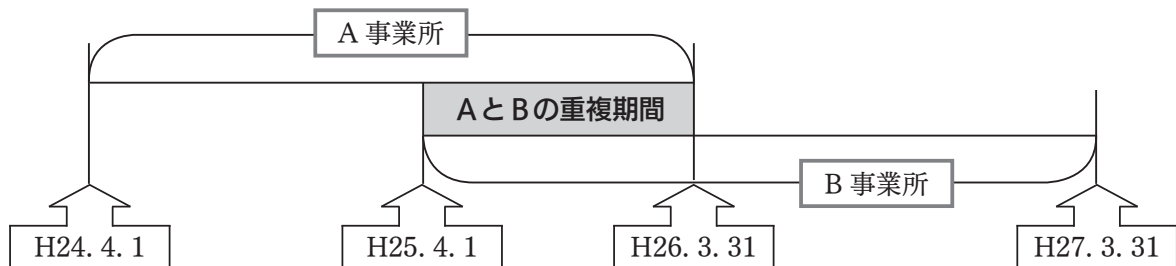
A 【例】 A事業所 H24. 4. 1～H26. 3. 31 B事業所 H25. 4. 1～H27. 3. 31 の場合

業務期間の考え方

それぞれの事業所で2年間の勤務ですが、H25.4.1～H26.3.31の1年間は重複しているため、3年間の実務期間として算定されます。

重複期間は、A及びB事業所それぞれに、「(様式4) 従事日数内訳（見込）証明書」(P 41)の作成を依頼し、提出してください。

☞ A事業所 + B事業所あわせて3年間



従事日数の考え方

日数の計算では、同じ日の午前と午後で別の事業所で働いた場合でも、1日の実務日数として算定されます。

| | 日 | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 合計出勤日数 |
|-----------|---|----|----|----|----|----|----|--------|
| A事業所 | — | 午前 | 午前 | 全日 | — | 午前 | 午前 | 5日 |
| B事業所 | — | — | 午後 | — | 午後 | 午後 | — | 3日 |
| 算定できる出勤日数 | — | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6日 |

半日でも出勤すれば算定は1日

2ヶ所に出勤しても算定は1日

【提出書類に関すること】

問 13

Q 看護師の免許証を紛失し、現在再発行申請中のため、受験申込みまでに間に合いません。どうしたらよいですか？

A 再発行の手続きを行ったことが分かる証明書を添付してください。
例えば、再発行申請書の写しや、発行元が再発行申請書を受け取ったことを証する受理証の写し等です。
なお、試験は「見込」での申込みになります。免許証が届きましたら速やかに写しを提出してください。期限までに提出がない場合、受験は無効になります。

提出期限 令和8年10月21日（水）（消印有効）

問 14

Q 看護師の資格を取得して4年になりますが、准看護師としての勤務期間を通算すると、5年(=1,825日)以上かつ900日以上になります。この場合、看護師の免許証の写しだけを添付すればよいのでしょうか？

A 看護師免許と准看護師免許の写しが必要です。
准看護師と看護師の従事期間を合算しなければ受験要件を満たさないため、両方の免許証の写しの添付が必要となります。
※証の裏面に登録年月日が記載されている場合があります。その際は、必ず裏面の写しも併せて添付してください。

問 15

Q 資格取得後に姓が変わったため、受験申込書と免許証に記載された姓が異なっています。どうしたらよいですか？

A 婚姻等により、受験申込書と各種提出書類の姓が異なっている場合には、必ず戸籍抄本等の氏名変更が確認できる書類を添付してください。
※市区町村役場の窓口で氏名の変更履歴が記載されている書類かを確認し、提出してください。
※「個人番号(マイナンバー)」の記載がないものを提出してください。

問 16

Q 昨年、北海道で受験して不合格でした。今年も受験をしたいと思いますが、また実務経験証明書・資格証を提出する必要がありますか？

A 平成30年度以降の受験票もしくは合否通知の原本を提出することで証明書の提出に代えることができます。
ただし、平成30年度から受験要件が改正されているため、平成29年度以前の受験票もしくは合否通知の原本では証明できません。実務経験証明書・資格証等を改めて提出していただくことになります。

問 17

Q 受験申込みにあたり、実務経験証明書は受験資格を満たす期間のものがあれば1枚でもよいですか？それとも、これまでの実務経験すべてを申告する必要がありますか？

A 受験資格を満たす範囲で実務経験証明書を提出いただければ、すべての実務経験を申告いただく必要はありません。受験資格を満たす期間(従事期間5年(=1,825日)以上かつ従事日数900日以上)を証明できれば、勤務先1カ所の証明書1枚で構いません。反対に受験資格を満たす期間を証明するために複数の勤務先の証明が必要であれば、そのすべてを添付してください。

問 18

Q 実務経験証明書に不備があり再提出を求められました。現在、提出している実務経験証明書を返却してもらえますか？

A 返却はいたしません。新たに事業所に作成を依頼し提出してください。
※内容を確認させていただく場合があるため、実務経験証明書は必ずコピーを取り、控えとして保管してください。

問 19

Q 勤務していた事業所に実務経験証明書の作成を依頼しましたが、証明書の発行を断られてしまいました。どうしたらよいですか？

A 受験要件審査では、事業所が発行した実務経験証明書により受験要件が満たされているかを確認・判断します。そのため、実務経験証明書の提出がない場合は、その期間を算定することはできません。
なお、実務経験証明書は受験申込する受験者本人が依頼するものであり、本会が仲介・依頼するものではありません。

問 20

Q

勤務していた事業所が廃業してしまい、実務経験証明書を作成してもらえません。
この場合、どのような手続きをとれば受験ができますか？

A

事業所が廃業しているため、実務経験証明書を作成してもらうことが困難な場合は、以下を参考にしてください。

※なお、この取り扱いは、廃業(閉鎖)した事業所、または書類の保存期間が経過して廃棄されている等、証明できない場合の実務経験の有無を確認する場合の対応です。

※提出された書類以外でも、審査の段階で追加提出を求める場合があります。

当時の理事長や施設長、事務長等の事業所を代表する方が、あなたの勤めていた時の勤務実績を確認できる書類（雇用契約書、出勤簿、勤務記録等）を保管している。

はい

いいえ

当時の責任者や破産管財人などが、当時の勤務記録や出勤状況、業務内容のわかる書類を有し、その実務経験を証明できる場合には、その方（個人）に実務経験証明書を発行していただいても構いません。

ただし、その場合には、証明者の立場を確認できる書類（公的機関に提出し、収受された事業所開設届や廃止届など）を添付していただく必要があります。

【審査に必要な書類】

- ①実務経験証明書（様式3-1）
※証明印は証明者の個人印で発行
- ②事業所の開業日及び廃業日がわかる書類（事業所開設届や廃止届）
- ③実務経験証明者が当該事業所に所属していたことがわかる書類（職員機構図、職員名簿等）

1 下記①～④の内容のすべてを確認できる書類を自身で保管している。

- ①従事期間
- ②従事期間における従事日数
- ③職種
- ④業務内容

※①～④は「実務経験証明書」で必要とされている項目です。

（例：給与明細書、シフト表、雇用契約書、過年度の実務経験証明書等）

2 下記の①もしくは②のいずれかを準備できる

- ①（廃業の場合）
廃業したことが確認できる書類を提出できる（例：廃業届等）
- ②（書類の保存期間が経過している場合）勤務実態を確認できる書類を保存していない事を現事業所に証明を依頼できる

はい

※上記1および2の書類が準備できる

いいえ

北海道介護支援専門員協会に連絡してください。

☎ 011-596-0392 / FAX 011-596-0394

※自身が保管している書類が審査可能か協議させていただきます。保管している書類で受験要件を確認できない場合は、当該事業所での期間は算定できません。

当該事業所での期間の算定は不可能です。

※自身で保管している書類が審査不可と判断した場合。

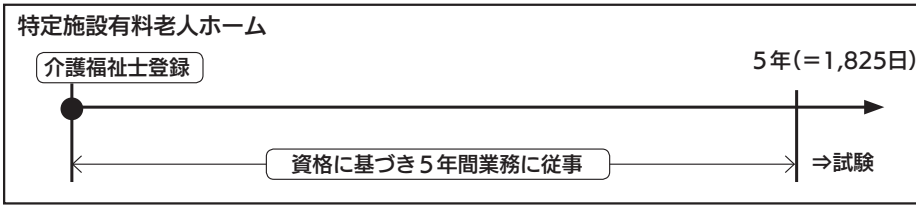
※保管している書類が審査可能と判断した場合。

自身が保管している、給与明細書、雇用契約書等をもとに申告してもらうことにより、実務経験証明書に代えて審査することが可能になります。

※参考「勤務期間算定に関する具体例」

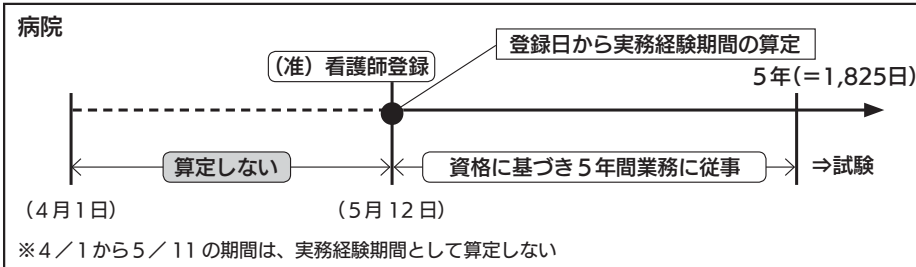
実務経験5年(=1,825日)以上を満たすケース

(1) 特定施設有料老人ホームで介護福祉士として介護業務に従事



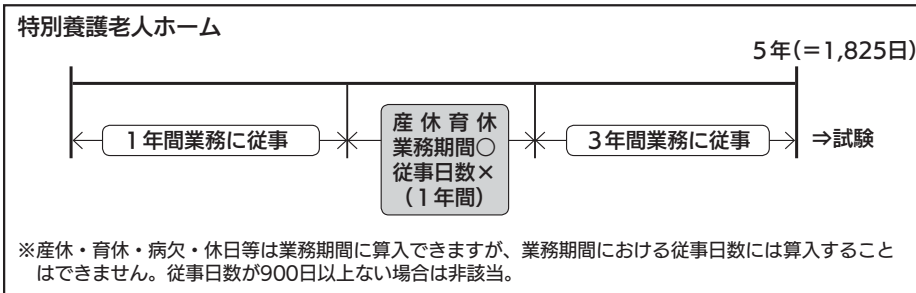
受験要件
第1号に該当

(2) 4月1日から病院に勤務、(准)看護師免許登録は5月12日



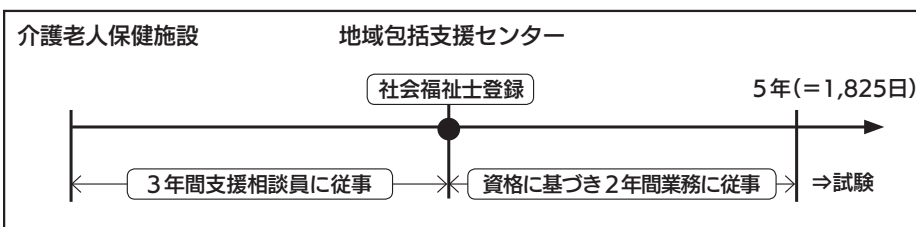
受験要件
第1号に該当

(3) 特別養護老人ホームの生活相談員として勤務。翌年の1年間産休育休を取り、復職してから3年間勤務。



受験要件
第2号に該当

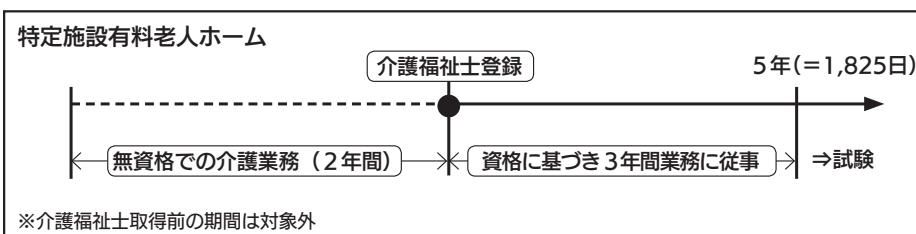
(4) 介護老人保健施設の支援相談員として3年勤務。その後社会福祉士の資格を取得し地域包括支援センターに2年勤務



受験要件
第1号及び第2号の
期間を合算し該当

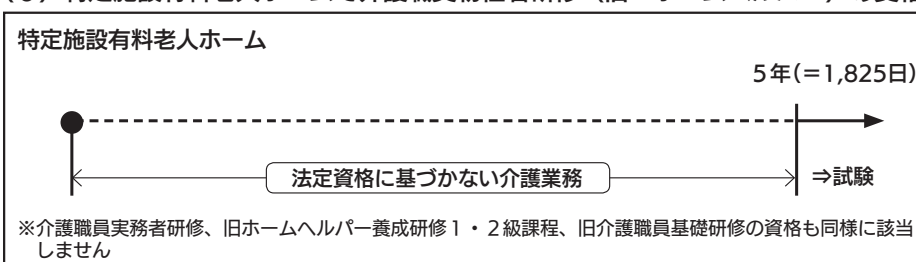
実務経験5年以上を満たさないケース ※受験資格要件を満たさない

(5) 特定施設有料老人ホームで介護業務をしているが、介護福祉士の登録日からは3年の実務経験しかない



受験要件に
該当しない

(6) 特定施設有料老人ホームで介護職員初任者研修(旧:ホームヘルパー)の資格で介護業務をしている



受験要件に
該当しない

④記入要領・様式

1 (様式1) 受験申込書 記入要領

- 試験案内(本書)に付属する受験申込書に黒色のボールペンを使用して正確に記入してください。
- 記入を間違えた場合は、二重線で消し、その上部枠内(なるべく枠内におさまるよう)に訂正後の文字をはっきりと記入してください。訂正印は不要です。
- 「※印の網掛け」部分は記入しないでください。
- 作成にあたっては、P 29～30の記載例を参照してください。

| 所属コード | <ul style="list-style-type: none"> ●受験申込み時点の勤務先の種類を次の所属コード表から選択して、該当するコードを記入してください。 【例1】訪問介護事業所に所属して特定施設の指定を受けていないサ高住に勤務している方 → 「59」(訪問介護事業所) 【例2】社会福祉協議会の訪問介護事業所で勤務の方 → 「59」(訪問介護事業所) ●現在、勤務していない場合には「70」を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|---|---|--|----------------|-----|-------|----|--------|----|---------|----|-------|----|------------------------|----|----|----|--------------|----|---------------------|----|----------|----|--------------------|----|--------|----|---|----|-------------|----|-----------------------|----|---------|----|--|----|--------------------------|----|----------------------------|----|--|----|---|----|
| | 【所属コード表】 <table border="1"> <thead> <tr> <th>コード</th> <th>所属</th> <th>コード</th> <th>所属</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>51</td> <td>病院・診療所</td> <td>61</td> <td>訪問看護事業所</td> </tr> <tr> <td>52</td> <td>歯科診療所</td> <td>62</td> <td>地域包括支援センター(在宅介護支援センター)</td> </tr> <tr> <td>53</td> <td>薬局</td> <td>63</td> <td>障害児(者)施設・事業所</td> </tr> <tr> <td>54</td> <td>介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)</td> <td>64</td> <td>その他の福祉施設</td> </tr> <tr> <td>55</td> <td>介護老人保健施設(老健)、介護医療院</td> <td>65</td> <td>市区町村役場</td> </tr> <tr> <td>56</td> <td>特定施設入居者生活介護 ※介護付き有料老人ホーム・軽費老人ホーム(ケアハウス)・養護老人ホーム・特定施設の指定を受けているサ高住</td> <td>66</td> <td>市区町村社会福祉協議会</td> </tr> <tr> <td>57</td> <td>認知症対応型共同生活介護(グループホーム)</td> <td>67</td> <td>教育・学校関連</td> </tr> <tr> <td>58</td> <td>小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護</td> <td>68</td> <td>その他(現職種が実務経験に該当しない場合も含む)</td> </tr> <tr> <td>59</td> <td>訪問介護事業所 ※訪問入浴・訪問リハビリを含む</td> <td>69</td> <td>施術所等(出張施術含む) ※あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師または柔道整復師が施術を行うための施設</td> </tr> <tr> <td>60</td> <td>通所介護事業所(デイサービス事業をおこなう施設) ※老人デイサービスセンター・通所リハビリ(デイケア)を含む</td> <td>70</td> <td>現在勤務していない</td> </tr> </tbody> </table> | | コード | 所属 | コード | 所属 | 51 | 病院・診療所 | 61 | 訪問看護事業所 | 52 | 歯科診療所 | 62 | 地域包括支援センター(在宅介護支援センター) | 53 | 薬局 | 63 | 障害児(者)施設・事業所 | 54 | 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) | 64 | その他の福祉施設 | 55 | 介護老人保健施設(老健)、介護医療院 | 65 | 市区町村役場 | 56 | 特定施設入居者生活介護 ※介護付き有料老人ホーム・軽費老人ホーム(ケアハウス)・養護老人ホーム・特定施設の指定を受けているサ高住 | 66 | 市区町村社会福祉協議会 | 57 | 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) | 67 | 教育・学校関連 | 58 | 小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 68 | その他(現職種が実務経験に該当しない場合も含む) | 59 | 訪問介護事業所 ※訪問入浴・訪問リハビリを含む | 69 | 施術所等(出張施術含む) ※あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師または柔道整復師が施術を行うための施設 | 60 | 通所介護事業所(デイサービス事業をおこなう施設) ※老人デイサービスセンター・通所リハビリ(デイケア)を含む | 70 |
| コード | 所属 | コード | 所属 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 51 | 病院・診療所 | 61 | 訪問看護事業所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 52 | 歯科診療所 | 62 | 地域包括支援センター(在宅介護支援センター) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 53 | 薬局 | 63 | 障害児(者)施設・事業所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 54 | 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム) | 64 | その他の福祉施設 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 55 | 介護老人保健施設(老健)、介護医療院 | 65 | 市区町村役場 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 56 | 特定施設入居者生活介護 ※介護付き有料老人ホーム・軽費老人ホーム(ケアハウス)・養護老人ホーム・特定施設の指定を受けているサ高住 | 66 | 市区町村社会福祉協議会 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 57 | 認知症対応型共同生活介護(グループホーム) | 67 | 教育・学校関連 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 58 | 小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 68 | その他(現職種が実務経験に該当しない場合も含む) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 59 | 訪問介護事業所 ※訪問入浴・訪問リハビリを含む | 69 | 施術所等(出張施術含む) ※あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師または柔道整復師が施術を行うための施設 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 60 | 通所介護事業所(デイサービス事業をおこなう施設) ※老人デイサービスセンター・通所リハビリ(デイケア)を含む | 70 | 現在勤務していない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特別措置希望欄 | <ul style="list-style-type: none"> ●身体に障がい等があり、試験時に特別な配慮を希望される方は「希望する」の文字を○で囲んでください。※希望しない方はそのままにしてください。 ●希望(申請)される方は「(様式5)申請書(P44)」および身体障害者手帳等の写しを添付してください。特別な配慮の内容については、「身体障がい者等に対する受験特別措置の受験者へ配慮する事項(P43)」を確認してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 勤務先 | 市区町村名 市区町村コード | <ul style="list-style-type: none"> ●現在の勤務先が所在する市区町村名、市区町村コードを記入してください。 ※現在、勤務していない場合は、自宅が所在する市区町村名、市区町村コードを記入してください。 <table border="1"> <tr> <td>名市区勤務先 区町村</td> <td>コ市区勤務先 ード町村</td> </tr> <tr> <td>小樽市</td> <td>2 0 3</td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-top: 10px;"> P 28の市区町村コードを参照し、該当するコードを記入してください。 </div> | 名市区勤務先 区町村 | コ市区勤務先 ード町村 | 小樽市 | 2 0 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名市区勤務先 区町村 | コ市区勤務先 ード町村 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 小樽市 | 2 0 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

氏名

- 左枠内に姓、右枠内に名前を記入し、フリガナを記入してください。

| | | | |
|----|------|-----------|----------|
| 氏名 | フリガナ | 姓 ホツカイ | 名 カズコ |
| | 漢字 | 北海 | 和子 |

楷書でいねいに記入してください。

- ※戸籍等に記載されている漢字で記入してください。

【例】○高橋（正式） → ×高橋（略）

【例】○西本（正式） → ×西本（略）、○西本（正式） → ×西本（くせ字）

生年月日

- 次の元号コード表に基づき、該当するコードと生年月日を記入してください。

- 生年月日が1桁の時は10の位に0を記入してください。

【例】昭和47年8月3日の場合

【元号コード表】

| コード | 年号 |
|-----|----|
| 1 | 昭和 |
| 2 | 平成 |

| 生年月日 | | | |
|------|---|---|------|
| 年号 | 年 | 月 | 日 |
| 1 | 4 | 7 | 0803 |

郵便番号

【例】〒060-0003 札幌市中央区北3条西7丁目1番地 第1水産ビル4F の場合

住所1

住所2

P 28 の市区町村コードを参照し、該当するコードを記入してください。

市区町村名

| 市区町村コード | 郵便番号 | 市区町村名 | 住所1 (町・条・丁目・番地・号を記入してください) | 住所2 (マンション・アパート・号室等を記入してください) |
|---------|----------|--------|----------------------------|-------------------------------|
| 101 | 060-0003 | 札幌市中央区 | 北3条西7丁目1番地 | 第1水産ビル4階 |

現住所(自宅)

市区町村コード

※住所が長く枠内に収まらない場合は、郵便物が届く範囲で住所を省略し、枠内に収まるように記入してください。【例】マンション → MS

※市区町村名・住所1に「北海道」「〇〇郡」「△△字」等は記入しないでください。

住所1
住所2

受験申込書に記入されている住所宛に受験票等を送付しますので、確実に届く住所を記入してください。

①携帯
②自宅
電話番号

- ①携帯、②自宅の電話番号を記入してください。
- 左詰めで市外局番から「-」を入れずに記入してください。



本試験に関する確認のため、北海道介護支援専門員協会から問い合わせ等をする場合があります。
不在着信があった場合は、必ず折り返しご連絡をお願い致します。

勤務先等

③電話番号
名称

- 勤務先の③勤務先等電話番号及び名称を記入してください。
※勤務先がない場合は①携帯②自宅以外で日中連絡可能な連絡先を記入してください（なければ空欄で可）。
※①携帯②自宅にかけても連絡がつかない場合は、③勤務先等に連絡しますのでご了承ください。
- 左詰めで市外局番から「-」を入れずに記入してください。

- 勤務先が証明した「実務経験証明書」（「実務経験見込証明書」）の内容を、職歴の古い順に転記してください。
- ※6か所以上の事業所での職歴を合算することで受験資格を満たす場合は「実務経験証明書内容」の1行を2段に分けて記入してください。
- ※同一施設であっても異動・配置転換により職種（業務内容）が変わった場合は、職種ごとに経歴を記入してください。
- ※同一法人・会社が経営するものであっても、それぞれの事業所及び職種ごとに記入してください。
- ※申込書に同封されました実務経験証明書の実務のみご記入ください。職歴をすべてご記入する必要はありません。

- 実務経験証明書に記載されている資格コードを記入。

| コード | 資格名 | コード | 資格名 | コード | 資格名 | コード | 資格名 | コード | 職名・資格名 |
|-----|------|-----|-------------|-----|---------------|-----|-------|-----|--|
| 01 | 医師 | 06 | 看護師 | 11 | はり師 | 16 | 歯科衛生士 | 21 | 精神保健福祉士 |
| 02 | 歯科医師 | 07 | 准看護師 | 12 | きゅう師 | 17 | 視能訓練士 | 22 | 相談援助従事者(第2号) ※法定資格(第1号)以外の 相談援助業務(別紙 1に定めるもの) |
| 03 | 薬剤師 | 08 | 理学療法士 | 13 | 栄養士(管理栄養士を含む) | 18 | 柔道整復師 | | |
| 04 | 保健師 | 09 | 作業療法士 | 14 | 義肢装具士 | 19 | 社会福祉士 | | |
| 05 | 助産師 | 10 | あん摩マッサージ指圧師 | 15 | 言語聴覚士 | 20 | 介護福祉士 | | |
| | | | | | | | | | |

- 職種は実務経験証明書の職種名を記入してください。
- 従事期間5年(=1,825日)かつ従事日数900日以上**両方の実務経験が必要です。
- 従事期間5年の要件を満たしているかを確認したい場合は、本協会ホームページにある**従事期間計算表**をご利用ください。(https://www.do-kaigoshien.jp/examination.html)
注意 この計算表は 実務経験証明書の代わりにはなりません。
従事期間5年(=1,825日)のみの計算支援ツールとなっています。従事日数は計算できません。
なお、この計算表では従事期間5年を1,825日として置き換えて計算しています。

従事期間5年=1,825日として計算します。

◎→従事期間計算表 (https://www.do-kaigoshien.jp/examination.html)

(例)

| 受験資格コード | 職種 | 勤務先名称 | 従事期間(始) | 従事期間(終) | 従事期間 (5年=1,825日以上) | 従事日数 (900日以上) | |
|---------|-------|--------------------|-------------------------|--|-----------------------|------------------|------|
| 2 0 | 介護福祉士 | 介護付有料老人ホーム すいさん | 平成25年10月1日 | 平成29年3月31日 | 1,278日間 | 726日 | |
| 2 0 | 介護福祉士 | ヘルパーステーション北海 | 平成29年4月1日 | 平成30年9月30日 | 548日間 | 250日 | |
| | | | 実務経験の期間が見込か確定が○をつけてください | (見込) <input checked="" type="radio"/> 確定 | 合計 | 1,826日間 | 976日 |

実務経験の期間が見込か確定か、どちらかに○をつけてください。
※P33の実務経験証明書の考え方を参照

実務経験証明書の従事日数が「●日以上」と証明されている場合は「●日」だけご記入ください。」

- 複数の事業所で勤務して、その期間が重複している場合は、その重複している期間を削除します。
但し、重複した期間の従事日数が必要な場合は(様式4)従事日数内訳(見込)証明書の提出も必要です。(P19の間12参照)
- 実務経験証明書の提出を省略できる再受験者の場合は記入不用です。
※第21～28回(平成30～令和7年度)の受験者のみ対象となります

【新規受験者】
実務経験
証明書内容

④記入要領・様式

【再受験者】
実務経験証明書
省 略

- 第21～28回の試験受験者（北海道で受験された方のみ）は、その「受験票」または「可否通知」の原本から、年度と第○回、受験番号6桁、受験時の氏名を記入してください。
- 紛失した場合は、本会に連絡してください。
氏名が受験した時と違う場合は、戸籍抄本の原本の提出が必要です。

| | | | |
|---|---|-------------|----------|
| 【再受験者】 実務経験証明書省略 <small>※第21～28回の受験資格要件で、確定した実務経験証明書を提出した方で、実務経験の省略をする場合は、右記欄を記入 ※北海道で受験した方のみ</small> | 受験した年度の受験票もしくは可否通知の原本を添付して、下記欄に必要事項をご記入ください | | |
| | 年度 | 平成 令和 | 7年（第28回） |
| | 受験番号 | 1 1 1 1 1 1 | |
| | 受験時の氏名 | 北海 和子 | |

- 受験要件に係る法令等に基づく免許、登録を受けている場合については、当該免許証等の資格コード、法定資格名及び資格取得（登録）年月日を記入してください。
※P25の資格コードを参照してください
- 受験要件に係る複数の資格がある場合、すべて記入してください。
※P4の第1号要件の法定資格以外（例：社会福祉主事、福祉用具専門相談員等）は記入しないでください。

【例1】平成15年6月2日介護福祉士登録

| 受験資格コード | 法定資格名 | 資格取得（登録）年月日 | 見込受験 <small>※免許証・登録証（写し）が後日の場合 ○付す</small> |
|---------|-------|-----------------|---|
| 2 0 | 介護福祉士 | 昭(平)令 15年 6月 2日 | |

【例2】昭和55年5月5日准看護師登録、平成2年2月2日看護師登録

※実務経験年数を満たすために、准看護師登録時からの実務経験期間が必要な場合です。

| 受験資格コード | 法定資格名 | 資格取得（登録）年月日 | 見込受験 <small>※免許証・登録証（写し）が後日の場合 ○付す</small> |
|---------|-------|------------------|---|
| 0 7 | 准看護師 | (昭)平・令 55年 5月 5日 | |
| 0 6 | 看護師 | 昭(平)令 2年 2月 2日 | |

【例3】介護福祉士登録証の写が再発行申請中の為、申込時点で提出できない場合

※「見込受験」の欄の○を付けて、手続き中であることが分かる書類（写し）を提出してください。

※後日再発行された登録証の写を本協会まで提出してください

提出期限【令和8年10月21日（水）消印有効】

※期日までに提出がない場合は、受験要件を満たさなかったものとして、本試験は無効になります。

| 受験資格コード | 法定資格名 | 資格取得（登録）年月日 | 見込受験 <small>※免許証・登録証（写し）が後日の場合 ○付す</small> |
|---------|-------|-----------------|---|
| 2 0 | 介護福祉士 | 昭(平)令 15年 6月 2日 | ○ |



新規受験者の方で受験要件第1号の方は資格証明書（写し）を必ず添付してください。



再受験者は、資格証明書（写）の提出は必要ありませんが、現時点で所有する資格を必ず記入してください。

受験要件
資格

- 13,770円の受験手数料を専用払込用紙（3連式）にて、コンビニから払込みの上、払込受領証を受験申込書の所定の欄に貼り付けてください。
- コンビニの受領日付印のない払込受領証は無効です。
- 受験料の支払証明書等の書類発行は行っておりません。「払込受領証（3連式の右端）」のコピーを取り、控として保管したものが領収書となりますので、大切に保管してください。

払込受領証 貼付欄

※この払込票を切り取り、裏面の各お支払い場所にてお支払い下さい。

| | | | |
|-------------------------------------|--|---|---|
| 登録番号 87269950270 支払人 氏名 払込 80001 | 払込取扱票・本部提出用 金額 ¥13,770- 受取人 一社) 北海道介護支援専門員協会 札幌市中央区北3条西7丁目1番地 第1水産ビル4階 011-596-0392 | 払込票 CVS 店舗用 金額 ¥13,770- 支払人 登録番号 87269950270 氏名 払込 80001 | 払込受領証 支払人 登録番号 87269950270 氏名 払込 80001 ※氏名の記入は不要。 受取人 一社) 北海道介護支援専門員協会 011-596-0392 登録番号: T843005012106 金額 ¥13,770- ※令和8年度ケアマシ試験受験料として 受領印 収入印紙貼付欄 ※収入印紙貼付専用 受領日付印 コンビニへお客様渡し <small>(内訳) 試験手数料 1,200円(非課税) 北海道介護支援専門員研修費 12,570円(非課税) 北海道介護支援専門員協会 手数料 0円(非課税) 1,200円(非課税) 12,570円(非課税) 13,770円(非課税)</small> |
|-------------------------------------|--|---|---|

収納代行会社
三井住友カード株式会社
裏面の注意事項をお読み下さい。
バーコードが読み取れない場合はコンビニエンスストアでは
支払期限 2026年06月11日

払込取扱票・本部提出用
金額 ¥13,770-
受取人
一社) 北海道介護支援専門員協会
札幌市中央区北3条西7丁目1番地
第1水産ビル4階
011-596-0392
受領日付印
印
コンビニ控

払込期間(5/18~6/11)以外の
の受付印は無効となります。
※ P14「受験手数料の払込み」参照

- 必要事項を記入またはチェックの上、郵便局の窓口にて簡易書留で郵送してください。
- 添付する書類は、試験案内 P 11 および下表を参考の上、不足のないように準備してください。

【添付書類】

その他 【封筒の表】

| | |
|--|---|
| 新規受験者 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 受験申込書（受験手数料振替払込受付証明書を貼付したもの）様式 1 ・ 受験者整理カード（写真を貼付したもの）様式 2 ・ 実務経験証明書（第 20 回以前の受験者含む）様式 3 ・ 資格取得の証明書の写し ・ その他必要に応じた書類 |
| 再受験者 (第21~28回) 受験要件改正後、 第21回以降のみ 対象になる | <ul style="list-style-type: none"> ・ 受験申込書（受験手数料振替払込受付証明書を貼付したもの）様式 1 ・ 受験者整理カード（写真を貼付したもの）様式 2 ・ 受験票または合否通知（原本） 【第 21 ~ 28 回の試験受験者（北海道で受験された方のみ）】 ・ その他必要に応じた書類 ※資格証明書（写し）の提出は不要です。 ※「受験票」または「合否通知」を紛失した場合は、本会に連絡してください。 |

< 個人情報の取り扱いについて >

- ・ 試験申込書類に記載された、氏名・住所等個人情報は、北海道介護支援専門員実務研修受講試験の実施・運営およびこれに関連する業務（北海道への報告、法定研修の実施・運営を含む）のため以外には利用しません。
- ・ 個人情報は北海道介護支援専門員協会の個人情報保護方針に基づき、適切に取り扱います。個人情報保護方針については、北海道介護支援専門員協会ホームページ (<https://www.do-kaigoshien.jp/>) にて確認してください。

記載例

受験申込書 (再受験者の場合)

(様式1)

第29回(令和8年度)北海道介護支援専門員実務研修受講試験受験申込書

北海道介護支援専門員協会会長様

北海道介護支援専門員実務研修受講試験を受験したいので、関係書類を添えて申し込みます。

※本申込書をもって試験案内P27に記載の(個人情報の取り扱いについて)に同意いただいたものとみなします

※整理No.

(※欄には記入しないでください)

令和8年 6月 5日

| | | | | | |
|-------|---|--|---|------------------------|--|
| 所属コード | 特別措置希望欄 希望する方は、○で 囲んでください。 試験案内P 42 参照 | 障害が いる 者 ※特 別 措 置 者 | 名 市 勤 区 務 町 先 村 | 市 勤 区 務 町 先 村 | ※ 試 験 地 区 |
| 5 | 6 | 希望する | 小樽市 | 2 0 3 | |
| 氏名 | フリガナ | ホツカイ カズコ | | 生年月日 | |
| | 漢字 | 北海 和子 | | 年号 | 年 月 日 |
| 現住所 | 市区町村コード | 郵便番号 | ※住所が長く収まらない場合は、郵便物が 記入してください。 ※住所に「北海道」「〇〇郡」「△△字」は記 入してください。 | | |
| | 1 0 1 | 0 6 0 - 0 0 0 3 | 札幌市中央区 北3条西7丁目1番地 4F | | |
| 連絡先 | ①携帯電話番号 | | ②自宅電話番号 | | ③勤務先等電話番号 |
| | 0 9 0 1 2 3 4 1 2 3 4 | | 0 1 1 4 5 6 7 8 9 0 | | 0 1 3 4 9 8 7 6 5 4 |
| 勤務先 | フリガナ | カイゴツキユウリョウウジンホーム スイサン | | | ※現在の勤務先を記載してください。 ※勤務されていない場合は空欄のままお 願います。 |
| | (勤務先) 名称 | 介護付有料老人ホームすいさん | | | |

①受験申込書の記入日
を記入してください。

②P 28の市区町村
コード表を参照し、
記入してください。

【新規受験者】 ※職歴の古い順に転記してください。 ※再受験者は記入不要

| 受験資格 コード | 職種 | 勤務先名称 | 実務経験(見込) 経験 | 従事期間 (5年=1,825日以上) | 従事日数 (900日以上) |
|-------------|----|-------|---------------------------|-----------------------|------------------|
| | | | 昭・平・令 年 月 日 ~ 昭・平・令 年 月 日 | 日間 | 日 |
| | | | 昭・平・令 年 月 日 ~ 昭・平・令 年 月 日 | 日間 | 日 |
| | | | 昭・平・令 年 月 日 ~ 昭・平・令 年 月 日 | 日間 | 日 |
| | | | 昭・平・令 年 月 日 ~ 昭・平・令 年 月 日 | 日間 | 日 |
| | | | 昭・平・令 年 月 日 ~ 昭・平・令 年 月 日 | 日間 | 日 |
| | | | 昭・平・令 年 月 日 ~ 昭・平・令 年 月 日 | 日間 | 日 |

③受験票または合否通知の原本
を紛失した場合は、本会に連絡
してください。

| | | | | | | | | |
|---------------------|--|--|--|---|----|----|---|--|
| 【再受験者】 実務経験証明書省略 | 受験した年度 平成 7 年 (第 28 回) | 受験票もしくは合否通知の原本を 添付して、下記 必要事項をご記入ください | 実務経験の期間が見込か確定か ○をつけてください | (見込・確定) | 合計 | 日間 | 日 | |
| | ※第 21 ~ 28 回の受験資格要 件で、確定した実務経験証 明書を提出した方で、実務 経験の省略をする場合は、 右記欄を記入 ※北海道で受験した方のみ | 年度 平成 7 年 (第 28 回) | 受験番号 1 1 1 1 1 1 | 従事期間の確認は、当協会 HP にある従事 期間計算表をご利用ください → https://www.do-kaigoshien.jp/examination.html | | | | |
| | | 受験時の 氏名 北海 和子 | 受験票もしくは合否通知の氏名と現在の氏 名が異なっている場合は戸籍抄本原本の提 出が必要 | | | | | |

払込受領証貼付欄

専用払込用紙(3連式)に
てコンビニから受験手数料
を払込みの上、3連式
の右端の払込受領証を
貼ること。

【注意】

コンビニの受領日付印
のないものは無効

払込期間 5月18日 ~
6月11日
※ 期間以外は払込み
できません。

新規受験者の方は、併せて資格証明書(写)を必ず添付してください。
再受験者の方は、資格証明書(写)の添付は必要ありませんが、現時点で所有する資格名・登録年月日を記入してください。

| | | | |
|-------------|-------|-------------|--------------------------------------|
| 受験資格 コード | 法定資格名 | 資格取得(登録)年月日 | 見込受験 ※免許証・登録証 (写)が後日の場合 ○付す |
| | 2 0 | 介護福祉士 | 昭(平)令 25 年 4 月 1 日 |
| | | 昭・平・令 年 月 日 | |

④再受験者は、資格証明書(写)の提出
は必要ありませんが、現時点で所有す
る資格を必ず記入してください。

⑤合格日でなく登録日
を記入してください

| | | | | | | |
|-------------|--------------|-----------------|-----------------|--------------|-------|------|
| 新I (見・確) | 新II (見・確) | 新III A (見・確) | 新III B (見・確) | 新IV (見・確) | (見・確) | ※受付印 |
| OK・NG | OK・NG | OK・NG | OK・NG | OK・NG | OK・NG | |
| 再I・II | 再III A | 再III B | 再IV | (見・確) | | |
| OK・NG | OK・NG | OK・NG | OK・NG | OK・NG | OK・NG | |

(試験案内P23~(様式1)受験申込書 記入要領、記載例を参照の上、ボールペンで記入してください。)

2 (様式2) 受験者整理カード 記入要領

【記載例】

(様式2)

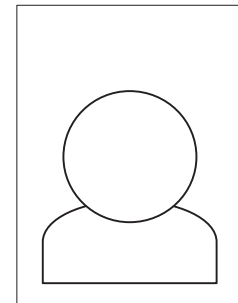
第29回(令和8年度)北海道介護支援専門員実務研修受講試験受験者整理カード

| | |
|------|--|
| 受験番号 | |
|------|--|

※太線枠内は記入しないでください。

| | |
|------|--|
| 試験地 | 札幌会場・函館会場・旭川会場 北見会場・帯広会場・釧路会場 |
| フリガナ | ホッカイ カズコ |
| 氏名 | 北海 和子 |
| 生年月日 | 昭和 47年 8月 3日生 平成 (試験日10/11現在で満54歳) |

写真貼付欄



- 縦4cm×横3cm
- 申込み前6ヶ月以内に撮影したもの(写真は試験当日の本人確認の際に使用するため)
- 上三分身・無帽・無背景で鮮明なもの
- 写真の裏に氏名・生年月日を記入すること

※スナップ写真不可

写真は、剥がれないようにしっかりと貼付けてください。

(1) 受験番号 受験者は記入しないでください。

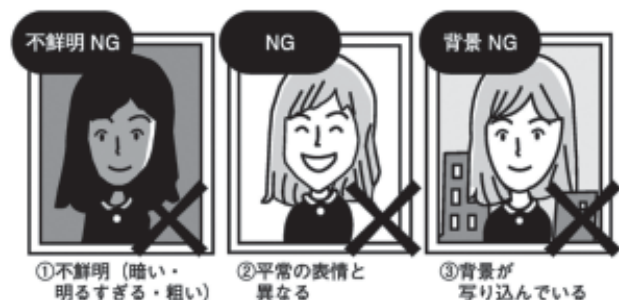
(2) 試験地 試験地は、受験者勤務先の所在地(勤務していない場合は自宅の所在地)を所管する地区となりますので、P2の「試験地及び試験会場」およびP28の「市区町村コード」の表を参照し、該当する試験地を○で囲んでください。
※受験者数等の状況によっては、他の試験地で受験していただく場合があります。

(3) 写真貼付欄 **写真は試験当日の本人確認の際に使用します。**

そのため、以下の注意事項を必ずご確認の上、所定の欄に貼付してください。

【証明写真についての注意事項】

- 縦4cm×横3cmサイズのもの
 - ※白黒、カラーは問いません
 - ※裏面には氏名・生年月日を記入してください
 - 受験申込み前6ヶ月以内に撮影したもの
 - 無帽、無背景、鮮明であるもの
 - 受験者本人の上三分身(胸から上のみ)を正面から撮影したもの
 - 眼鏡の枠・前髪・装飾品・影などが目や顔の一部を隠しているもの、笑顔、普通紙などでの印刷は不可
 - 不鮮明な写真やスナップ写真、証明写真として不適切と判断した場合は再提出の対象となります。
- ※デジタルカメラ・スマートフォン等で撮影した場合の印刷用紙は、写真用紙(コピー用紙不可)で印刷してください。コピー用紙・粒子の粗いもの等は再提出になります。



3 実務経験証明書 作成要領

～必ずお読みください～

「実務経験証明書（見込含む）」作成依頼時注意事項

実務経験証明書は、業務内容や就業期間などを勤務先の事業所に証明してもらう書類です。

これにより、受験要件が満たされているかを確認・判断します。書類が添付されていない場合、内容の不備または不明なものについては、受験申込書を受け付けることができませんので、十分注意してください。

(1) 注意事項

- ①この証明書は、必ず勤務先の長等証明権限を有する者が証明してください。受験者は、証明を依頼するに当たっては、記入要領等この試験案内において関係する部分を勤務先にもよく読んでいただくようにしてください。
- ②受験申込書と実務経験証明書の氏名が異なっている場合
必ず戸籍抄本等（原本）を添付してください。
※「個人番号（マイナンバー）」の記載がないものを提出してください。
- ③複数の事業所での実務経験を合算して、受験要件を満たす場合
事業所ごとに実務経験証明書を発行してもらう必要があります。この場合、1事業所ごとに1枚ずつ提出してください（それぞれの事業所にコピーをした関係様式を渡してください）。
なお、同じ法人内で複数の事業所の実務経験を証明する場合は、1枚の実務経験証明書に、事業所名・事業開始年月日・従事期間・従事日数を複数段に分けて証明することも可とします。

(2) 実務経験証明書の依頼

P 34 以降に掲載している

- ①「実務経験証明書（見込含む）記入上の注意事項」
- ②「実務経験証明書」
- ③「記載例」
- ④ その他、必要な様式をコピーし、交付担当者（証明書の作成者）へ渡してください。



依頼の前に、ご自身でも必ず目を通してください。

(3) 実務経験証明書に記載された内容の確認

事業所から証明書が届いたら、下記チェックリストに記載された内容をご自身で改めて確認してください。記入もれや間違いがあった場合は、再提出の対象となります。

【実務経験証明書 チェックリスト】 ※特に、再提出の多い項目です！

| | 確認事項 | ☑ |
|---|--|--------------------------|
| 1 | 「証明印」は押されているか ※押印がないものは無効 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | 「証明年月日」は記載されているか ※受付開始日（5 / 18）より前の証明日は無効 | <input type="checkbox"/> |
| 3 | 「在勤時の氏名・生年月日」は正しく記載されているか ※受験申込書（現在の氏名）と氏名が異なっている場合は、戸籍抄本等（原本）が添付されているか ※「個人番号（マイナンバー）」の記載があるものは不可 | <input type="checkbox"/> |
| 4 | 「5年（＝1,825日）以上かつ900日以上」の実務経験があるか ※複数の事業所での実務経験を合算して、受験要件を満たす場合は可 | <input type="checkbox"/> |
| 5 | 「従事期間」の開始日は、施設または事業開始年月日以降の日付が記載されているか | <input type="checkbox"/> |
| 6 | 法定資格に基づく業務の場合、従事期間の開始日は資格の登録日以降で算出されているか | <input type="checkbox"/> |
| 7 | 受験者本人が記載している箇所はないか ※自書は無効 | <input type="checkbox"/> |
| 8 | 記入を間違えた場合は訂正印（事業所の「証明印」と同じ印）で訂正されているか ※訂正印が無い証明書（修正液による修正や個人印等で訂正した場合）は無効 | <input type="checkbox"/> |



一度、提出された書類は返却しません。

内容について確認させていただくこともありますので、証明書は必ずコピーを取り、控えとして保管しておいてください。

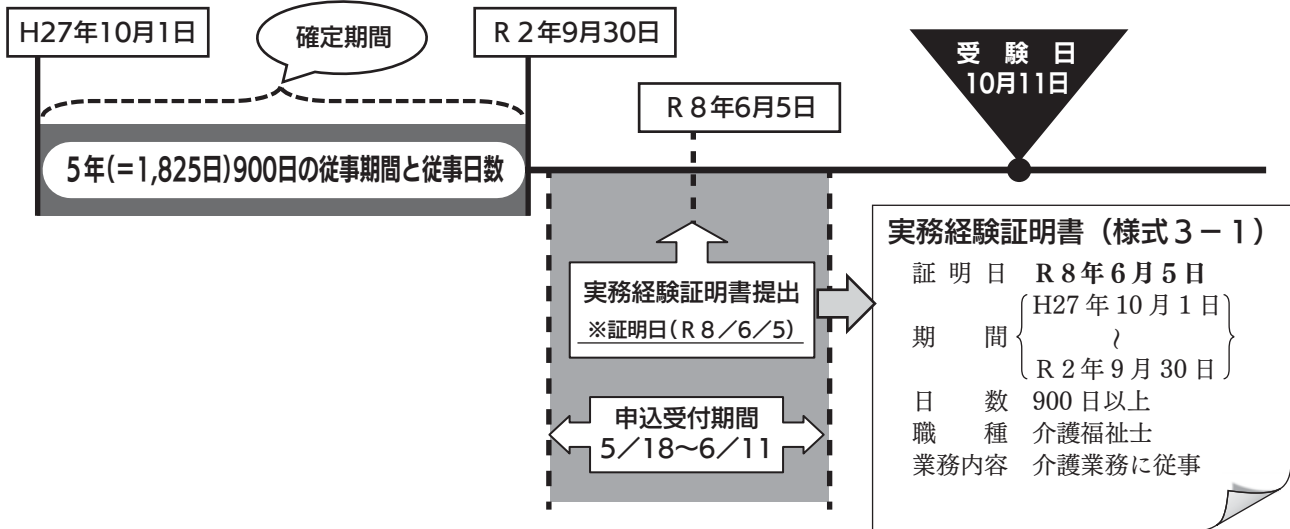
(4) 実務経験証明書の考え方

- ・実務経験証明書の証明日で、5年(=1,825日)かつ900日以上の要件(期間・日数)を満たしている場合は ①^
- ・試験の前日(10月10日)までに、5年(=1,825日)かつ900日以上の要件(期間・日数)を満たす予定の場合は ②^

① 実務経験証明書

(例) 平成27年10月1日から令和2年9月30日まで介護福祉士として勤務

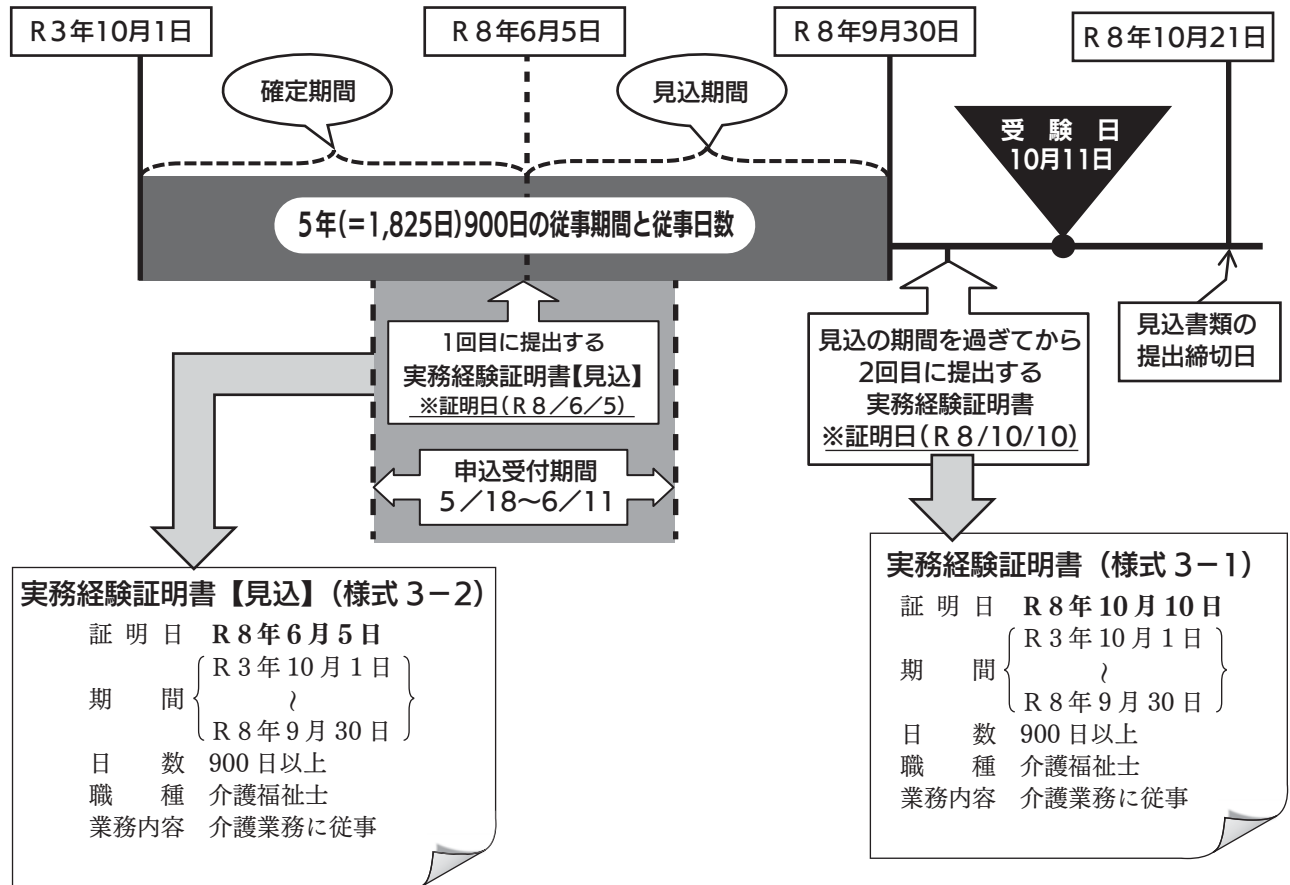
※5年(=1,825日)かつ900日以上の期間・日数が証明日より前に要件を満たしている場合は【様式3-1(P36)】を提出する



② 実務経験証明書【見込】

(例) 令和3年10月1日から令和8年9月30日まで介護福祉士として勤務(見込)

※5年(=1,825日)かつ900日以上の期間・日数が、証明日をまたぐ場合は、申込時に【様式3-2(P37)】を提出し、要件の従事期間と日数を満たした時点で【様式3-1(P36)】を改めて提出する



⚠ 【見込】で提出された事業所を、(証明された見込の)期間中に退職等した場合には、証明された内容が確定できません。申込受付期間以降に別事業所の実務経験証明書を受付することはできませんのでご注意ください。

実務経験証明書（見込含む）を記入される交付担当者 様へ

「実務経験証明書（見込含む）」記入上の注意事項

本票と記入例を参照の上、証明書の作成をお願いいたします。

実務経験証明書（見込含む）を作成する際は、注意事項を確認した上で作成してください。
※試験案内は受験者が所持しているほか、北海道介護支援専門員協会ホームページにデータ（PDF形式）を掲載しております。様式および記入例等もダウンロードができます。

<https://www.do-kaigoshien.jp/>

※実務経験証明書の記入方法の問い合わせは下記まで連絡願います。

北海道介護支援専門員協会 ☎ 011 - 596 - 0392 / FAX 011 - 596 - 0394

実務経験証明書に記入する内容は、必ず根拠資料（介護記録・シフト表など）に基づいて証明してください。記入内容に関する書類等が保管されていないなど、受験申込者の要援護者に対する直接的な対人援助業務に従事した期間・日数が曖昧な場合は、証明書を記入・発行しないでください。

- （直筆で証明の場合は）ボールペンで記入してください※鉛筆や摩擦で消えるペン等は使用しないでください。
- 記入内容に不備（記入もれ等）がある場合は再提出**となります。**一度、提出された書類は返却しません。**
- 記入を間違えた場合は**、二重線で消して、余白に正しい内容を記入のうえ、訂正印（証明者の公印）を押してください。訂正印が無い証明書（修正液による修正や個人印等で訂正した場合は）再提出となります。
- 同時期に2カ所以上の事業所で勤務していた場合は、実務経験証明書に「（様式4）従事日数内訳（見込）証明書」（P41）を添付してください。
※重複する従事期間の通算はできません。勤務した日が重複する場合、従事日数は1日となります。
- 受験要件を「見込」で実務経験証明書を作成する場合**（記載例②：P39参照）は、従事期間を最長で令和8年10月10日（土）（試験日前日）まで算入できます。
受験申込時（実務経験証明書の証明日時点）に、「実務経験証明書【見込】」を作成し〔1回目〕、後日、見込期間を経過し受験要件（従事期間・従事日数等）を満たした時点で、受験者に対し、確定した内容で「実務経験証明書」を作成してください〔2回目〕。

| 1回目（受験申込時） | 2回目（受験要件を満たした時） |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 様式3-2「実務経験証明書【見込】」 受験要件を満たす予定の期間と日数を記入 | <ul style="list-style-type: none"> 様式3-1「実務経験証明書」 受験要件が満たされた時点で確定した期間と日数を記入 |
| 提出期限：令和8年6月11日（木）消印有効 | 提出期限：令和8年10月21日（水）消印有効 |

- 証明内容が不明な場合等は、交付担当者に内容確認の問い合わせをすることや、書類再提出等を求めることがあります。また、**証明書の内容に疑義が発生した場合は証明書を発行した事業所に対して現地調査をする場合があります。**添付する書類に誤りがないようご確認ください。
- 実務経験証明書の項目別注意事項

| 項目 | 記入時の注意 |
|---|---|
| 法人・施設・事業所等所在地及び名称 代表者職名・氏名 証明印の押印 | <ul style="list-style-type: none"> 受験申込者が勤務している（していた）施設または事業所の名称を記入してください。 代表者の職名、氏名を記入し、代表者の証明印を押印してください。 ※代表者の証明印：公印（職員・登記印）の押印がないものは無効。 ※個人経営等（医院、鍼灸院など）で公印がない場合は、役所等に公的書類を提出する際に使用している印鑑（個人印を含む）を使用してください。 訂正箇所の訂正印は、同じ印（代表者の証明印）で押印してください。 証明者と受験申込者が同一の場合は、証明者（＝受験申込者）が発行した実務経験証明書とともに本人が証明者の立場であることを客観的に証明できる書類、その他必要な書類（P13 - No. 8参照）の写しを添付してください。 |
| 交付担当者氏名 連絡先電話番号 | <ul style="list-style-type: none"> 証明いただいた内容について確認する際の問い合わせ先として記入してください。 |
| 証明年月日 | <ul style="list-style-type: none"> 証明年月日（実務経験証明書記載日）を必ず記入してください。証明年月日以降の従事期間を証明する場合は「実務経験証明書【見込】」となります。 ※受験申込書受付開始日（5月18日）より前の証明年月日は無効 |
| 在勤時の氏名 および生年月日 | <ul style="list-style-type: none"> 受験申込者の在勤時の氏名および生年月日を記入してください。 ※証明される期間の途中で氏名の変更があった場合は新しい（直近）氏名で記入してください。 |

| 項目 | 記入時の注意 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|--|-----|-------------|-----|---------------|-----|-------|-----|--|-----|--------|----|----|----|-----|----|-----|----|-------|----|---------|----|------|----|------|----|------|----|-------|----|--|----|-----|----|-------|----|---------------|----|-------|----|-----|----|-------|----|-------|----|-------|----|-----|----|-------------|----|-------|----|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 施設または事業所番号 | <ul style="list-style-type: none"> 名称は、特別養護老人ホーム〇〇、〇〇訪問介護事業所等正式な名称を記入してください。(例:特別養護老人ホーム□□、訪問介護事業所〇〇、△△病院) ※法人名や会社名の記入ではなく、所属している事業所・施設名を記入してください。 「介護保険法」、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」又は「障害者自立支援法」に基づく指定事業所は、事業所番号も記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設または事業の開始年月日 | <ul style="list-style-type: none"> 施設または事業所が事業を開始した年月日を記入してください。 事業所名が変更になった場合、旧事業所名だった時の開始年月日を（ ）書で記入。(記載例④：P40 参照) 廃業（閉鎖）した施設または事業所の場合は、開業日及び廃業日がわかる書類等を添付してください。(P21 - 問 20 参照) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設または事業所の種類 | <ul style="list-style-type: none"> 種別は、介護付有料老人ホーム、特別養護老人ホーム、身体障害者療護施設、〇〇実施要綱に基づく〇〇事業を行う施設等、具体的に記入してください(例：老人居宅介護等事業、医療施設、行政機関、その他 等) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 直接対人援助業務従事期間 | <ul style="list-style-type: none"> 受験申込者との雇用契約に基づき記入してください。ただし、受験要件に該当する業務を行っていた期間に限ります。以下の期間は従事期間から除外します <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【除外となる期間の例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○教育・研究・事務等の期間を行っている期間 (単に資格を有しているのみでは受験できません) ○開設準備期間 等 </div> <ul style="list-style-type: none"> 受験要件「見込」以外の「確定」の場合は、従事期間最終日は証明年月日より前になります。 常勤、非常勤、アルバイト等の雇用の形態については問いません。 法定資格に基づく業務 (受験要件第 1 号に該当) の場合は、免許等の登録日以降の期間を記入してください。(例：平成 22 年 4 月 1 日就職、平成 22 年 4 月 20 日に看護師籍に登録され、看護師の業務に従事した場合 ⇒ 従事期間の開始は 4 月 20 日以後の期間を記入) <p style="text-align: right;">(期間は 1 年を 365 日として計算します)</p> <p>※第 2 号要件の場合は除く。</p> <p>※ (日間) の従事期間の確認に『従事期間計算表』をご利用ください</p> <p>⇒(https://www.do-kaigoshien.jp/examination.html)例)H29年 4 月 1 日～H30年 3 月 31 日(365 日間)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記従事期間における従事日数 | <ul style="list-style-type: none"> 従事期間中、実際に受験要件に該当する要援護者に対する直接的な対人援助業務に従事した実日数を記入してください。(休日・病気・産休等で業務に従事しなかった日を除いた日数) ※非常勤従事者など 1 日の勤務時間が短時間 (1～2 時間など) でも、1 日とみなします。 ※ 900 日未満の場合は、正確な従事日数を記入してください。 ※常勤の場合など、従事日数が明らかに 900 日を超える場合は、記入者の責任のもと「〇〇〇日以上」の記載で良いものとします。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【除外となる日数の例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○事務のみに従事した日数 ○訪問介護員が生活援助・家事援助のみに従事した日数 等 </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従事期間における職種名業務内容 | <ul style="list-style-type: none"> 従事期間における職種名業務内容 【(P4) 法定資格名 (第 1 号)】 資格名と資格に基づく業務を記入 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">(例) 介護福祉士 として 介護 の業務に従事</div> <ul style="list-style-type: none"> 【(P4) 相談援助に従事する者(第 2 号)】 P5 別紙 1 の対象となる職員欄の記載の職種名で記入 <p>※正式な職種名で記入</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">(例) 生活相談員 として 相談援助 の業務に従事 ←区分 1：特定施設入居者生活介護の場合</div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受験資格 | <ul style="list-style-type: none"> 該当する数字に○をつけてください。 ※第 1 号と第 2 号の受験要件を合算する場合は両方に○をつけてください。(記載例③：P40 参照) ※「1 の法定資格に基づく業務」の「法定資格名」と「登録年月日」は受験者本人に確認して記入してください。 該当する下記の資格コードを参照して、資格コードを入れてください。 <p>例) 介護福祉士 資格コード※ 2 0</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>コード</th> <th>資格名</th> <th>コード</th> <th>資格名</th> <th>コード</th> <th>資格名</th> <th>コード</th> <th>資格名</th> <th>コード</th> <th>職名・資格名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>医師</td> <td>06</td> <td>看護師</td> <td>11</td> <td>はり師</td> <td>16</td> <td>歯科衛生士</td> <td>21</td> <td>精神保健福祉士</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td>歯科医師</td> <td>07</td> <td>准看護師</td> <td>12</td> <td>きゅう師</td> <td>17</td> <td>視能訓練士</td> <td rowspan="5">22</td> <td rowspan="5">相談援助従事者(第 2 号) ※法定資格(第 1 号)以外の 相談援助業務(別紙 1 に定めるもの)</td> </tr> <tr> <td>03</td> <td>薬剤師</td> <td>08</td> <td>理学療法士</td> <td>13</td> <td>栄養士(管理栄養士を含む)</td> <td>18</td> <td>柔道整復師</td> </tr> <tr> <td>04</td> <td>保健師</td> <td>09</td> <td>作業療法士</td> <td>14</td> <td>義肢装具士</td> <td>19</td> <td>社会福祉士</td> </tr> <tr> <td>05</td> <td>助産師</td> <td>10</td> <td>あん摩マッサージ指圧師</td> <td>15</td> <td>言語聴覚士</td> <td>20</td> <td>介護福祉士</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | コード | 資格名 | コード | 資格名 | コード | 資格名 | コード | 資格名 | コード | 職名・資格名 | 01 | 医師 | 06 | 看護師 | 11 | はり師 | 16 | 歯科衛生士 | 21 | 精神保健福祉士 | 02 | 歯科医師 | 07 | 准看護師 | 12 | きゅう師 | 17 | 視能訓練士 | 22 | 相談援助従事者(第 2 号) ※法定資格(第 1 号)以外の 相談援助業務(別紙 1 に定めるもの) | 03 | 薬剤師 | 08 | 理学療法士 | 13 | 栄養士(管理栄養士を含む) | 18 | 柔道整復師 | 04 | 保健師 | 09 | 作業療法士 | 14 | 義肢装具士 | 19 | 社会福祉士 | 05 | 助産師 | 10 | あん摩マッサージ指圧師 | 15 | 言語聴覚士 | 20 | 介護福祉士 | | | | | | | | |
| コード | 資格名 | コード | 資格名 | コード | 資格名 | コード | 資格名 | コード | 職名・資格名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 01 | 医師 | 06 | 看護師 | 11 | はり師 | 16 | 歯科衛生士 | 21 | 精神保健福祉士 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | 歯科医師 | 07 | 准看護師 | 12 | きゅう師 | 17 | 視能訓練士 | 22 | 相談援助従事者(第 2 号) ※法定資格(第 1 号)以外の 相談援助業務(別紙 1 に定めるもの) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | 薬剤師 | 08 | 理学療法士 | 13 | 栄養士(管理栄養士を含む) | 18 | 柔道整復師 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | 保健師 | 09 | 作業療法士 | 14 | 義肢装具士 | 19 | 社会福祉士 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | 助産師 | 10 | あん摩マッサージ指圧師 | 15 | 言語聴覚士 | 20 | 介護福祉士 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(直筆で証明の場合は) ボールペンで記入してください

◀この様式は本協会からダウンロードできます。または、このページをコピーして使用してください▶

(様式3-1)

※証明書の発行を依頼する際は、P34～35(記入上の注意事項)もコピーをして交付担当者に渡してください。

第29回(令和8年度)北海道介護支援専門員実務研修受講試験

実務経験証明書

北海道介護支援専門員協会 会長 様

| | | |
|-----------------------|--|---|
| 法人・施設・事業所 等所在地及び名称 | | 印 |
| 代表者職名・氏名 | | |
| 交付担当者氏名 連絡先電話番号 | | |

※証明印の無いものは無効

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。

| | | | |
|---|--|--|--|
| 証明年月日 ※必須 | 令和8年 月 日 | ※本証明書を記載している日にちを必ず記入してください。 受付開始日(5月18日)より前の証明年月日は無効 | |
| 在勤時の氏名 ※必須 | 生年月日※該当する年号に○ ※必須 | | 昭和・平成 年 月 日生 |
| 施設または事業所名 ※必須 | ・従事期間中に名称変更があった場合のみ、(旧名称)も併せて記入してください→ () | | |
| 介護保険・障害福祉サービス 事業所番号 | ※事業所番号は、北海道または市町村から指定を受けた事業所番号 を記入してください。不明な場合等は未記入でも構いません。 | | |
| 施設または事業の 開始年月日 ※該当する年号に○ ※必須 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | ・従事期間中に事業所の統廃合、合併、変更等の場合のみ、(旧開始年月日)も併せて入力してください→(昭和・平成・令和 年 月 日) | |
| 施設または事業所の 種 別 ※必須 | | | |
| 直接対人援助業務 従事期間 ※該当する年号に○ ※必須 | 昭和・平成・令和 年 月 日～昭和・平成・令和 年 月 日 (日間) | ※1 | |
| 上記従事期間における 従事日数 ※必須 | 日 | ・従事期間中、実際に当該業務に従事した日 数を記入してください(休日・病気・産休 等で業務に従事しなかった日を除いた日数) ・○日以上という記入の仕方でも可能です | |
| 従事期間における 職 種 名 業務内容 ※該当する要件に <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> (受験要件第1号) 下記の法定資格に基づく直接対人援助業務 【法定資格名】 _____ 【登録年月日】 昭和・平成・令和 年 月 日 | | 資格コード※2 _____ |
| | <input type="checkbox"/> (受験要件第2号) 下記に該当 (= <input checked="" type="checkbox"/>) する相談援助業務に従事 該当する区分に <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください (例) <input checked="" type="checkbox"/> 【区分1】 特定施設入居者生活介護(生活相談員) | | ・法定資格に基づく業務については、 資格登録年月日を、受験者本人に 確認の上、記入してください。 |
| | <input type="checkbox"/> 【区分1】 特定施設入居者生活介護(生活相談員) | <input type="checkbox"/> 【区分6】 介護予防特定施設入居者生活介護(生活相談員) | |
| | <input type="checkbox"/> 【区分2】 地域密着型特定施設入居者生活介護(生活相談員) | <input type="checkbox"/> 【区分7】 指定特定相談支援事業(相談支援専門員) | |
| | <input type="checkbox"/> 【区分3】 地域密着型介護老人福祉施設(生活相談員) | <input type="checkbox"/> 【区分8】 指定障害児相談支援事業(相談支援専門員) | |
| | <input type="checkbox"/> 【区分4】 介護老人福祉施設(生活相談員) | <input type="checkbox"/> 【区分9】 生活困窮者自立相談支援事業(主任相談支援員) | |
| | <input type="checkbox"/> 【区分5】 介護老人保健施設(支援相談員) | | |

証明書の交付担当者 様へ 「実務経験証明書(見込み含む)」記入上の注意事項を必ずお読みの上、記入してください

- ① 証明書として無効な場合 (受験申込者が自書したもの(個人開業者は除く)、証明者の公印(職印・登記印)がないもの、施設または事業所名・従事期間・従事日数・職種・業務内容が不明なもの、訂正印がないもの、修正液の使用による修正等があるもの)
- ② 内容は雇用関係書類(契約書、シフト表、職員配置図等)や介護記録に基づき、正確に記入してください。
- ③ 交付担当者に記入内容の照合・確認を行うことがあります。また、必要に応じて書類の追加・再提出をしていただく場合もあります。
- ④ 証明書に虚偽または不正の事実を記入する等、不正の手段によって受験した場合は、介護保険法の規定により合格を取消します。
- ⑤ 受験要件第1号の法定資格の業務内容は、法定資格に基づく、要介護者に対する直接的な対人援助業務であることが必要です。
- ⑥ 実務経験証明書は当協会ホームページ (<https://www.do-kaigoshien.jp/>) からダウンロードできます。
- ⑦ 介護保険法(平成9年法律第123号)第69条の39第1項第2号により不正の手段により登録を受けた場合は介護支援専門員の登録を削除する旨の規定が定められているので留意してください。
- ※1 従事期間計算表をご利用ください (<https://dokaigoshien.xbiz.jp/keisan/tool.html>)
- ※2 受験資格コードは同要項P35または当協会ホームページ (<https://www.do-kaigoshien.jp/>) を参照ください。



(指定試験実施機関) 一般社団法人 北海道介護支援専門員協会

(直筆で証明の場合は) ボールペンで記入してください

◀この様式は本協会からダウンロードできます。または、このページをコピーして使用してください▶

(様式 3 - 2) 証明書の発行を依頼する際は、P34～35 (記入上の注意事項)、P39 もコピーをして交付担当者に渡してください。

第 29 回 (令和 8 年度) 北海道介護支援専門員実務研修受講試験

実務経験証明書【見込】

北海道介護支援専門員協会 会長 様

| | | |
|-----------------------|--|---|
| 法人・施設・事業所 等所在地及び名称 | | 印 |
| 代表者職名・氏名 | | |
| 交付担当者氏名 連絡先電話番号 | | |

※証明印の無いものは無効

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。

| | | | |
|---|---|---|--|
| 証明年月日 ※必須 | 令和 8 年 月 日 | ※本証明書を記載している日にちを必ず記入してください。 受付開始日 (5月18日) より前の証明年月日は無効 | |
| 在勤時の氏名 ※必須 | 生年月日※該当する年号に○ ※必須 | | 昭和・平成 年 月 日生 |
| 施設または事業所名 ※必須 | ・従事期間中に名称変更があった場合のみ、(旧名称)も併せて記入してください→ () | | |
| 介護保険・障害福祉サービス 事業所番号 | ※事業所番号は、北海道または市町村から指定を受けた事業所番号 を記入してください。不明な場合等は未記入でも構いません。 | | |
| 施設または事業の 開始年月日 ※該当する年号に○ ※必須 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | ・従事期間中に事業所の統廃合、合併、変更等の場合のみ、(旧開始年月日)も併せて入力してください→ (昭和・平成・令和 年 月 日) | |
| 施設または事業所の 種 別 ※必須 | | | |
| 直接対人援助業務 従事期間 ※該当する年号に○ ※必須 | 昭和・平成・令和 年 月 日～昭和・平成・令和 年 月 日 (日間) | ※1 | |
| 上記従事期間における 従事日数 ※必須 | 日 | ・従事期間中、実際に当該業務に従事した日 数を記入してください (休日・病気・産休 等で業務に従事しなかった日を除いた日数) ・○日以上という記入の仕方可能です | |
| 従事期間における 職 種 名 業務内容 ※該当する要件に <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> (受験要件第 1 号) 下記の法定資格に基づく直接対人援助業務 【法定資格名】 【登録年月日】昭和・平成・令和 年 月 日 | | 資格コード※2 |
| | <input type="checkbox"/> (受験要件第 2 号) 下記に該当 (= <input checked="" type="checkbox"/>) する相談援助業務に従事 該当する区分に <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください (例) <input checked="" type="checkbox"/> 【区分 1】特定施設入居者生活介護 (生活相談員) | | ・法定資格に基づく業務については、 資格登録年月日を、受験者本人に 確認の上、記入してください。 |
| | <input type="checkbox"/> 【区分 1】 特定施設入居者生活介護 (生活相談員) | <input type="checkbox"/> 【区分 6】 介護予防特定施設入居者生活介護 (生活相談員) | |
| | <input type="checkbox"/> 【区分 2】 地域密着型特定施設入居者生活介護 (生活相談員) | <input type="checkbox"/> 【区分 7】 指定特定相談支援事業 (相談支援専門員) | |
| | <input type="checkbox"/> 【区分 3】 地域密着型介護老人福祉施設 (生活相談員) | <input type="checkbox"/> 【区分 8】 指定障害児相談支援事業 (相談支援専門員) | |
| | <input type="checkbox"/> 【区分 4】 介護老人福祉施設 (生活相談員) | <input type="checkbox"/> 【区分 9】 生活困窮者自立相談支援事業 (主任相談支援員) | |
| | <input type="checkbox"/> 【区分 5】 介護老人保健施設 (支援相談員) | | |

証明書の交付担当者 様へ 「実務経験証明書 (見込み含む)」 記入上の注意事項を必ずお読みの上、記入してください

- ① 証明書として無効な場合 (受験申込者が自書したもの (個人開業者は除く)、証明者の公印 (職印・登記印) がないもの、施設または事業所名・従事期間・従事日数・職種・業務内容が不明なもの、訂正印がないもの、修正液の使用による修正等があるもの)
- ② 内容は雇用関係書類 (契約書、シフト表、職員配置図等) や介護記録に基づき、正確に記入してください。
- ③ 交付担当者に記入内容の照合・確認を行うことがあります。また、必要に応じて書類の追加・再提出をしていただく場合もあります。
- ④ 証明書に虚偽または不正の事実を記入する等、不正の手段によって受験した場合は、介護保険法の規定により合格を取消します。
- ⑤ 受験要件第 1 号の法定資格の業務内容は、法定資格に基づく、要介護者に対する直接的な対人援助業務であることが必要です。
- ⑥ 実務経験証明書は当協会ホームページ (<https://www.do-kaigoshien.jp/>) からダウンロードできます。
- ⑦ 介護保険法 (平成 9 年法律第 123 号) 第 69 条の 39 第 1 項第 2 号により不正の手段により登録を受けた場合は介護支援専門員の登録を削除する旨の規定が定められているので留意してください。
- ※ 1 従事期間計算表をご利用ください (<https://dokaigoshien.xbiz.jp/keisan/tool.html>)
- ※ 2 受験資格コードは同要項 P35 または当協会ホームページ (<https://www.do-kaigoshien.jp/>) を参照ください。



(指定試験実施機関) 一般社団法人 北海道介護支援専門員協会

記載例① 受験要件が「確定」した内容の実務経験証明書を提出する場合

この記入例を、コピーして交付担当者に渡してください

受験申込時に、受験要件に必要な従事期間・従事日数を満たしている場合または、すでに退職している場合は、以下の例を参照してください。

例) 北海 和子 (介護付有料老人ホームで介護福祉士の資格に基づく介護業務。現在も勤務)

- ・証明作成日 令和8年6月5日
- ・従事期間 令和3年4月1日～令和8年6月5日【1,892日間】
- ・保有資格 介護福祉士 (登録日 平成23年3月25日)

⇒ 受験要件に必要な従事期間、従事日数が満たされている為「確定」として作成

※法定資格に基づく受験要件の場合、免許等の登録日から従事期間になります。

(直筆で証明の場合は) ボールペンで記入してください

◀この様式は本協会からダウンロードできます。または、このページをコピーして使用してください▶

(様式3-1)

第29回(令和8年度)北海道介護支援専門員実務研修受講試験

実務経験証明書

北海道介護支援専門員協会 会長 様

| | |
|-------------------|------------------------|
| 法人・施設・事業所等所在地及び名称 | 札幌市中央区北●条西●丁目株式会社 すいさん |
| 代表者職名・氏名 | 代表 介護 花子 |
| 交付担当者氏名 | 総務 福祉 太郎 |
| 連絡先電話番号 | 011-987-6543 |

※社印
※社印の無いもの

記載内容を訂正する場合訂正印には、ここに押印した「証明印」を使用してください。(個人印で訂正したものは不可)【記載例④P40参照】

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。

| | | |
|--------------------|--|---|
| 証明年月日 | 令和8年6月5日 | ※本証明書を記載している日にちを必ず記入してください。受付開始日(5月18日)より前の証明年月日は無効です。 |
| 在勤時の氏名 | 北海 和子 | 生年月日※該当する年号に○ (昭和)・平成47年8月3日 |
| 施設または事業所名 | 介護付有料老人ホーム すいさん | ※事業所番号は、北海道または市町村から指定を受けた事業所を記入してください。不明な場合は未記入でも構いません。 |
| 介護保険・障害福祉サービス事業所番号 | 124567890 | |
| 施設または事業の開始年月日 | (昭和)・平成・令和 51年4月1日 | ※該当する年号に○ ※従事期間中に事業所の統合、合併、変更等の場合のみ、(旧開始年月日)も併せて入力してください。(昭和)・平成・令和 年 月 日 |
| 施設または事業所の種別 | 介護付有料老人ホーム | |
| 直接対人援助業務従事期間 | 昭和・平成(令和)3年4月1日～昭和・平成(令和)8年6月5日(1,892日間) | ※法定資格に基づく受験要件の場合、免許の登録日からの従事期間になります。 |
| 上記従事期間における従事日数 | 900日以上 | ※法定資格に基づく受験要件の場合、免許の登録日より算出した日数です。 |

所属している正式な種別を記入してください。

- 例1)介護を直接提供している「介護付有料老人ホーム」で介護業務をしている場合は「介護付有料老人ホーム」で記入。
- 例2)「住宅型有料老人ホーム」に併設された「訪問介護事業所」で、介護業務している場合は「訪問介護事業所」で記入。

受験要件「見込」以外の「確定」の場合、証明年月日は従事期間最終日以降の日付を記入。

法定資格に基づく受験要件(第1号)の場合、資格の登録日以降で算定し記入

例:介護福祉士資格取得日 平成23年3月25日

・従事期間の確認に「従事期間計算表」をご利用ください。
<https://www.do-kaigoshien.jp/examination.html>
例)H29年4月1日～H30年3月31日(365日) 期間は1年を365日として計算します

| | | |
|-------------|---|---|
| 従事期間における職種名 | 介護福祉士 | 資格登録年月日を、受験者本人に確認の上、記入してください。 |
| 業務内容 | 【登録年月日】昭和(平成)令和23年3月25日 | 該当する区分に○を記入してください (例) [区分1] 特定施設入居者生活介護(生活相談員) |
| ※該当する要件に☑ | <input checked="" type="checkbox"/> (受験要件第1号) 下記の法定資格に基づく直接対人援助業務 【法定資格名】介護福祉士 | |
| | <input type="checkbox"/> (受験要件第2号) 下記に該当(=☑)する相談援助業務に従事 | |
| | <input type="checkbox"/> [区分1] 特定施設入居者生活介護(生活相談員) | <input type="checkbox"/> [区分6] 介護予防特定施設入居者生活介護(生活相談員) |
| | <input type="checkbox"/> [区分2] 地域密着型特定施設入居者生活介護(生活相談員) | <input type="checkbox"/> [区分7] 指定特定相談支援事業(相談支援専門員) |
| | <input type="checkbox"/> [区分3] 地域密着型介護老人福祉施設(生活相談員) | <input type="checkbox"/> [区分8] 指定障害児相談支援事業(相談支援専門員) |
| | <input type="checkbox"/> [区分4] 介護老人福祉施設(生活相談員) | <input type="checkbox"/> [区分9] 生活困窮者自立相談支援事業(主任相談支援専門員) |
| | <input type="checkbox"/> [区分5] 介護老人保健施設(支援相談員) | |

受験資格

- 1 法定資格に基づく業務の資格対象者は、P4にある第1号の掲げる法定資格者を指します。
- 2 相談援助業務の対象者はP5の別紙1の「対象事業及び施設」における「職員(職種)」で相談援助業務の従事者を指します。

証明書の交付担当者様へ 「実務経験証明書(見込み含む)」記入上の注意事項を必ずお読みの上、記入してください

- ① 証明書として無効な場合 (受験申込者が自書したもの(個人関係者は除く)、証明書の公印(職印・登記印)がないもの、施設または事業所名・従事期間・従事日数・業務内容が不明なもの、訂正印がないもの、修正液の使用による修正等があるもの、職名記載欄等)や介護記録に基づき、正確に記入してください。
- ② 内容は雇用関係書類(契約書、シフト表、職名配置図等)や介護記録に基づき、正確に記入してください。
- ③ 交付担当者に記入内容の照会・確認を行うことがあります。また、必要に応じて書類の追加・再提出をしていただく場合もあります。
- ④ 証明書に虚偽または不正の事実を記入する等、不正の手段によって受験した場合は、介護保険法の規定により合格を取り消します。
- ⑤ 受験要件第1号の法定資格の業務内容は、法定資格に基づく、受験者に対する直接対人援助業務であることが必要です。
- ⑥ 実務経験証明書は当協会ホームページ(<https://www.do-kaigoshien.jp/>)からダウンロードできます。
- ⑦ 介護保険法(平成9年法律第123号)第69条の39第1項第2号により不正の手段により登録を受けた場合は、介護支援専門員の登録を削除する旨の通知が定められているので報告してください。
- ※1 従事期間計算表をご利用ください(<https://dokaigoshien.xbiz.jp/keisan/tool.html>)
- ※2 受験資格コードは同要項P35または当協会ホームページ(<https://www.do-kaigoshien.jp/>)を参照ください。



(指定試験実施機関) 一般社団法人 北海道介護支援専門員協会

【従事期間における受験資格】

北海 和子さんの場合、法定資格である介護福祉士を保有し、介護福祉士取得日(平成23年3月25日)以降に、介護福祉士の資格に基づく介護業務に従事しているため、受験要件第1号の☑を入れて、法定資格名と登録年月日を記入します。

記載例② 受験要件を「見込」で実務経験証明書を提出する場合

この記入例を、コピーして交付担当者に渡してください

受験申込時に、受験要件に必要な従事期間・従事日数を満たさないが、試験の前日（令和8年10月10日）までに満たす場合は、以下の例を参照してください。

例）札幌 道子さんの場合（訪問介護事業所で介護福祉士の資格に基づく業務に従事。証明日以降も雇用が継続）

- ・ 証明書作成日 ①令和8年6月5日（③令和8年9月14日）
 - ・ 従事期間 令和3年9月15日～②令和8年9月14日【1,826日間】
 - ・ 保有資格 介護福祉士（登録日 平成24年4月1日）
- ⇒ 受験要件を満たす予定の従事期間、従事日数を記入し「見込」として作成

| 見込 | 確定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|-----------------------|-----------|---|-------------------------|-------|----------|---|--------|-------|-----------------------|-----------|---------------------------|--------------------------------------|--------------------|-----------|---|----------------|------------------|-----------|-------------|---------|---|--------------|--|----|----------------|----------|--|-----------------|--|--|---|---|----------------------------------|-----------------------|-----------|---|-------------------------|-------|-----------|---|--------|-------|-----------------------|-----------|---------------------------|--------------------------------------|--------------------|-----------|---|----------------|------------------|-----------|-------------|---------|---|--------------|--|----|----------------|----------|--|-----------------|--|--|
| <p>提出1回目「様式3-2」 (受験申込時の例)</p> <p>作成の留意事項</p> <p>証明書作成日①令和8年6月5日の時点で、受験要件(従事期間・従事日数等)を満たしていても、証明日の翌日以降も継続して勤務する予定で、試験日前日の令和8年10月10日(土)までに満たす場合、様式3-2「実務経験証明書【見込】」に、受験要件を満たす予定の期間と日数を記入し、受験要件が満たされる「見込」であるという証明書を作成してください。</p> <p>※札幌道子さんの場合、②令和8年9月14日で従事期間の要件を満たす</p> | <p>提出2回目「様式3-1」 (受験要件を満たした時の例)</p> <p>作成の留意事項</p> <p>受験要件を満たした時点③令和8年9月14日で再度、様式3-1「実務経験証明書」を作成する必要があります。この時の証明年月日は、改めて作成した日となります。</p> <p>※期日までに提出されない場合は、受験要件を満たさなかったものとして、筆記試験は無効になります。</p> <p>【提出期限：令和8年10月21日(水) 消印有効】</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>(直筆で証明の場合は) ボールペンで記入してください</p> <p>◀この様式は本協会からダウンロードできます。または、このページをコピーして使用してください▶</p> <p>(様式3-2)</p> <p>証明書の発行を依頼する際は、P34～35(記入上の注意事項)、P39もコピーをして交付担当者に渡してください。</p> <p>第29回(令和8年度)北海道介護支援専門員実務研修受講試験</p> <p style="text-align: center;">実務経験証明書【見込】</p> <p>北海道介護支援専門員協会 会長 様</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> 法人・施設・事業所等所在地及び名称 札幌市中央区南〇〇条西〇〇丁目 社会福祉法人 あいうえお会 </td> <td style="width: 50%;"> 札幌市中央区南〇〇条西〇〇丁目 社会福祉法人 あいうえお会 </td> </tr> <tr> <td>代表者職名・氏名 理事長 福祉 太郎</td> <td>理事長 福祉 太郎</td> </tr> <tr> <td>交付担当者氏名 連絡先電話番号 森藤 介 花子 011-987-6543</td> <td>森藤 介 花子 011-987-6543</td> </tr> </table> <p>実務経験は以下のとおりであることを証明します。</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>証明年月日</td> <td>令和8年6月5日</td> <td>※本証明書を記載している日にちを必ず記入してください。交付開始日(5月18日)より前の証明年月日は無効</td> </tr> <tr> <td>在勤時の氏名</td> <td>札幌 道子</td> <td>※生年月日※該当する年号に○ ※昭和・平成</td> </tr> <tr> <td>施設または事業所名</td> <td>社会福祉法人あいうえお会 ヘルパーステーション北海</td> <td>※事業所名に名称変更があった場合のみ、(旧名称)も併せて記入してください</td> </tr> <tr> <td>介護保険・障害福祉サービス事業所番号</td> <td>124567890</td> <td>※事業所番号は、北海道または住所地から認定を受けた事業所番号を記入してください</td> </tr> <tr> <td>施設または事業所の開始年月日</td> <td>昭和(平成)令和 19年4月1日</td> <td>※昭和・平成・令和</td> </tr> <tr> <td>施設または事業所の種別</td> <td>訪問介護事業所</td> <td>※事業所種別は、北海道または住所地から認定を受けた事業所種別を記入してください</td> </tr> <tr> <td>直接対人援助業務従事期間</td> <td>昭和・平成(令和)3年9月15日～昭和・平成(令和)8年9月14日(1,826日間)</td> <td>※1</td> </tr> <tr> <td>上記従事期間における従事日数</td> <td>1,240日以上</td> <td>※従事期間中、実際に当該業務に従事した日数を記入してください(休日・休暇・産前産後等で業務に従事しなかった日を除く)</td> </tr> <tr> <td>従事期間における職種名業務内容</td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> (受験要件第1号) 下記の法定資格に基づく直接対人援助業務 【法定資格名】介護福祉士 【登録年月日】昭和(平成)令和 24年4月1日 </td> <td> ※法定資格に基づく業務については、資格登録年月日を、受験者本人に確認の上、記入してください。 </td> </tr> </table> <p>証明書の交付担当者様へ「実務経験証明書(見込み含む)」記入上の注意事項を必ずお読みの上、記入してください</p> | 法人・施設・事業所等所在地及び名称 札幌市中央区南〇〇条西〇〇丁目 社会福祉法人 あいうえお会 | 札幌市中央区南〇〇条西〇〇丁目 社会福祉法人 あいうえお会 | 代表者職名・氏名 理事長 福祉 太郎 | 理事長 福祉 太郎 | 交付担当者氏名 連絡先電話番号 森藤 介 花子 011-987-6543 | 森藤 介 花子 011-987-6543 | 証明年月日 | 令和8年6月5日 | ※本証明書を記載している日にちを必ず記入してください。交付開始日(5月18日)より前の証明年月日は無効 | 在勤時の氏名 | 札幌 道子 | ※生年月日※該当する年号に○ ※昭和・平成 | 施設または事業所名 | 社会福祉法人あいうえお会 ヘルパーステーション北海 | ※事業所名に名称変更があった場合のみ、(旧名称)も併せて記入してください | 介護保険・障害福祉サービス事業所番号 | 124567890 | ※事業所番号は、北海道または住所地から認定を受けた事業所番号を記入してください | 施設または事業所の開始年月日 | 昭和(平成)令和 19年4月1日 | ※昭和・平成・令和 | 施設または事業所の種別 | 訪問介護事業所 | ※事業所種別は、北海道または住所地から認定を受けた事業所種別を記入してください | 直接対人援助業務従事期間 | 昭和・平成(令和)3年9月15日～昭和・平成(令和)8年9月14日(1,826日間) | ※1 | 上記従事期間における従事日数 | 1,240日以上 | ※従事期間中、実際に当該業務に従事した日数を記入してください(休日・休暇・産前産後等で業務に従事しなかった日を除く) | 従事期間における職種名業務内容 | <input checked="" type="checkbox"/> (受験要件第1号) 下記の法定資格に基づく直接対人援助業務 【法定資格名】介護福祉士 【登録年月日】昭和(平成)令和 24年4月1日 | ※法定資格に基づく業務については、資格登録年月日を、受験者本人に確認の上、記入してください。 | <p>(直筆で証明の場合は) ボールペンで記入してください</p> <p>◀この様式は本協会からダウンロードできます。または、このページをコピーして使用してください▶</p> <p>(様式3-1)</p> <p>証明書の発行を依頼する際は、P34～35(記入上の注意事項)もコピーをして交付担当者に渡してください。</p> <p>第29回(令和8年度)北海道介護支援専門員実務研修受講試験</p> <p style="text-align: center;">実務経験証明書</p> <p>北海道介護支援専門員協会 会長 様</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> 法人・施設・事業所等所在地及び名称 札幌市中央区南〇〇条西〇〇丁目 社会福祉法人 あいうえお会 </td> <td style="width: 50%;"> 札幌市中央区南〇〇条西〇〇丁目 社会福祉法人 あいうえお会 </td> </tr> <tr> <td>代表者職名・氏名 理事長 福祉 太郎</td> <td>理事長 福祉 太郎</td> </tr> <tr> <td>交付担当者氏名 連絡先電話番号 森藤 介 花子 011-987-6543</td> <td>森藤 介 花子 011-987-6543</td> </tr> </table> <p>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。</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>証明年月日</td> <td>令和8年9月14日</td> <td>※本証明書を記載している日にちを必ず記入してください。交付開始日(5月18日)より前の証明年月日は無効</td> </tr> <tr> <td>在勤時の氏名</td> <td>札幌 道子</td> <td>※生年月日※該当する年号に○ ※昭和・平成</td> </tr> <tr> <td>施設または事業所名</td> <td>社会福祉法人あいうえお会 ヘルパーステーション北海</td> <td>※事業所名に名称変更があった場合のみ、(旧名称)も併せて記入してください</td> </tr> <tr> <td>介護保険・障害福祉サービス事業所番号</td> <td>124567890</td> <td>※事業所番号は、北海道または住所地から認定を受けた事業所番号を記入してください</td> </tr> <tr> <td>施設または事業所の開始年月日</td> <td>昭和(平成)令和 19年4月1日</td> <td>※昭和・平成・令和</td> </tr> <tr> <td>施設または事業所の種別</td> <td>訪問介護事業所</td> <td>※事業所種別は、北海道または住所地から認定を受けた事業所種別を記入してください</td> </tr> <tr> <td>直接対人援助業務従事期間</td> <td>昭和・平成(令和)3年9月15日～昭和・平成(令和)8年9月14日(1,826日間)</td> <td>※1</td> </tr> <tr> <td>上記従事期間における従事日数</td> <td>1,240日以上</td> <td>※従事期間中、実際に当該業務に従事した日数を記入してください(休日・休暇・産前産後等で業務に従事しなかった日を除く)</td> </tr> <tr> <td>従事期間における職種名業務内容</td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> (受験要件第1号) 下記の法定資格に基づく直接対人援助業務 【法定資格名】介護福祉士 【登録年月日】昭和(平成)令和 24年4月1日 </td> <td> ※法定資格に基づく業務については、資格登録年月日を、受験者本人に確認の上、記入してください。 </td> </tr> </table> <p>証明書の交付担当者様へ「実務経験証明書(見込み含む)」記入上の注意事項を必ずお読みの上、記入してください</p> | 法人・施設・事業所等所在地及び名称 札幌市中央区南〇〇条西〇〇丁目 社会福祉法人 あいうえお会 | 札幌市中央区南〇〇条西〇〇丁目 社会福祉法人 あいうえお会 | 代表者職名・氏名 理事長 福祉 太郎 | 理事長 福祉 太郎 | 交付担当者氏名 連絡先電話番号 森藤 介 花子 011-987-6543 | 森藤 介 花子 011-987-6543 | 証明年月日 | 令和8年9月14日 | ※本証明書を記載している日にちを必ず記入してください。交付開始日(5月18日)より前の証明年月日は無効 | 在勤時の氏名 | 札幌 道子 | ※生年月日※該当する年号に○ ※昭和・平成 | 施設または事業所名 | 社会福祉法人あいうえお会 ヘルパーステーション北海 | ※事業所名に名称変更があった場合のみ、(旧名称)も併せて記入してください | 介護保険・障害福祉サービス事業所番号 | 124567890 | ※事業所番号は、北海道または住所地から認定を受けた事業所番号を記入してください | 施設または事業所の開始年月日 | 昭和(平成)令和 19年4月1日 | ※昭和・平成・令和 | 施設または事業所の種別 | 訪問介護事業所 | ※事業所種別は、北海道または住所地から認定を受けた事業所種別を記入してください | 直接対人援助業務従事期間 | 昭和・平成(令和)3年9月15日～昭和・平成(令和)8年9月14日(1,826日間) | ※1 | 上記従事期間における従事日数 | 1,240日以上 | ※従事期間中、実際に当該業務に従事した日数を記入してください(休日・休暇・産前産後等で業務に従事しなかった日を除く) | 従事期間における職種名業務内容 | <input checked="" type="checkbox"/> (受験要件第1号) 下記の法定資格に基づく直接対人援助業務 【法定資格名】介護福祉士 【登録年月日】昭和(平成)令和 24年4月1日 | ※法定資格に基づく業務については、資格登録年月日を、受験者本人に確認の上、記入してください。 |
| 法人・施設・事業所等所在地及び名称 札幌市中央区南〇〇条西〇〇丁目 社会福祉法人 あいうえお会 | 札幌市中央区南〇〇条西〇〇丁目 社会福祉法人 あいうえお会 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者職名・氏名 理事長 福祉 太郎 | 理事長 福祉 太郎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 交付担当者氏名 連絡先電話番号 森藤 介 花子 011-987-6543 | 森藤 介 花子 011-987-6543 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 証明年月日 | 令和8年6月5日 | ※本証明書を記載している日にちを必ず記入してください。交付開始日(5月18日)より前の証明年月日は無効 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 在勤時の氏名 | 札幌 道子 | ※生年月日※該当する年号に○ ※昭和・平成 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設または事業所名 | 社会福祉法人あいうえお会 ヘルパーステーション北海 | ※事業所名に名称変更があった場合のみ、(旧名称)も併せて記入してください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険・障害福祉サービス事業所番号 | 124567890 | ※事業所番号は、北海道または住所地から認定を受けた事業所番号を記入してください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設または事業所の開始年月日 | 昭和(平成)令和 19年4月1日 | ※昭和・平成・令和 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設または事業所の種別 | 訪問介護事業所 | ※事業所種別は、北海道または住所地から認定を受けた事業所種別を記入してください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 直接対人援助業務従事期間 | 昭和・平成(令和)3年9月15日～昭和・平成(令和)8年9月14日(1,826日間) | ※1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記従事期間における従事日数 | 1,240日以上 | ※従事期間中、実際に当該業務に従事した日数を記入してください(休日・休暇・産前産後等で業務に従事しなかった日を除く) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従事期間における職種名業務内容 | <input checked="" type="checkbox"/> (受験要件第1号) 下記の法定資格に基づく直接対人援助業務 【法定資格名】介護福祉士 【登録年月日】昭和(平成)令和 24年4月1日 | ※法定資格に基づく業務については、資格登録年月日を、受験者本人に確認の上、記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人・施設・事業所等所在地及び名称 札幌市中央区南〇〇条西〇〇丁目 社会福祉法人 あいうえお会 | 札幌市中央区南〇〇条西〇〇丁目 社会福祉法人 あいうえお会 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者職名・氏名 理事長 福祉 太郎 | 理事長 福祉 太郎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 交付担当者氏名 連絡先電話番号 森藤 介 花子 011-987-6543 | 森藤 介 花子 011-987-6543 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 証明年月日 | 令和8年9月14日 | ※本証明書を記載している日にちを必ず記入してください。交付開始日(5月18日)より前の証明年月日は無効 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 在勤時の氏名 | 札幌 道子 | ※生年月日※該当する年号に○ ※昭和・平成 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設または事業所名 | 社会福祉法人あいうえお会 ヘルパーステーション北海 | ※事業所名に名称変更があった場合のみ、(旧名称)も併せて記入してください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険・障害福祉サービス事業所番号 | 124567890 | ※事業所番号は、北海道または住所地から認定を受けた事業所番号を記入してください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設または事業所の開始年月日 | 昭和(平成)令和 19年4月1日 | ※昭和・平成・令和 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設または事業所の種別 | 訪問介護事業所 | ※事業所種別は、北海道または住所地から認定を受けた事業所種別を記入してください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 直接対人援助業務従事期間 | 昭和・平成(令和)3年9月15日～昭和・平成(令和)8年9月14日(1,826日間) | ※1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記従事期間における従事日数 | 1,240日以上 | ※従事期間中、実際に当該業務に従事した日数を記入してください(休日・休暇・産前産後等で業務に従事しなかった日を除く) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従事期間における職種名業務内容 | <input checked="" type="checkbox"/> (受験要件第1号) 下記の法定資格に基づく直接対人援助業務 【法定資格名】介護福祉士 【登録年月日】昭和(平成)令和 24年4月1日 | ※法定資格に基づく業務については、資格登録年月日を、受験者本人に確認の上、記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>【従事期間における受験資格】 札幌 道子さんの場合、法定資格である介護福祉士を保有し、介護福祉士登録日(平成24年4月1日)以降に、介護福祉士の本来業務である介護業務に従事しているため、受験要件第1号の<input checked="" type="checkbox"/>を入れて、法定資格名と登録年月日を記入してください。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

④ 記入要領・様式

見込み受験の場合、提出は**様式3-2**と、**様式3-1**の各1枚ずつ提出が必要です。

(直筆で証明の場合は) ボールペンで記入してください

4 (様式4)

この書類は、同一期間に複数の事業所に所属している場合に提出が必要です。
コピーをして使用してください。
※訂正印には必ず「証明印」を使用してください。

第29回(令和8年度)北海道介護支援専門員実務研修受講試験

従事日数内訳(見込)証明書

令和 年 月 日

北海道介護支援専門員協会会長 様

施設または事業所名

法人・施設・事業所等
所在地及び名称

代表者氏名
(電話番号)

㊟

受験申込者名 _____ が業務に従事した日数を次のとおり証明します。

業務に従事した日のみ○印をつけてください

| No. | 元号 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 計 |
|-----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |
| 1 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 2 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 3 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 4 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 5 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 6 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 7 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 8 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 9 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 10 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 11 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 12 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 13 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 14 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 15 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 16 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 17 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 18 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 19 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 20 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 21 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 22 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 23 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 24 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 25 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 26 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 27 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 28 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 29 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 30 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 31 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 32 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 33 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 34 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 35 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 36 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| 37 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 日 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 合計 | 日 | | | |

- (注) ・見込証明の場合は、従事期間を満たした後、確定した「従事日数内訳証明書」を令和8年10月21日(水)までに実務経験証明書と一緒に、改めて提出してください。期日までに提出されない場合は、受験資格を満たさなかったものとして、筆記試験が無効となりますので注意してください。
・受験者が自書したもの、証明者の公印(職印)がないもの、訂正印がないもの、修正液の使用による修正等があるものは、証明書として無効です。

5 身体障がい者等受験特別措置申請書 記入要領

身体に障がい等がある方は、希望により試験の解答方法や試験時間等において特別措置を受けることができます。

- 希望者は、受験申込書に「(様式5) 身体障がい者等受験特別措置申請書 (P 44)」および医師が証明する「(様式6) 診断・意見書 (P 45～48)」または身体障害者手帳の写しを添付して申込んでください。
- 申請書は、「各欄の記入方法」を参照し、本人または記入代理者が記入してください。代理者が記入する場合は、受験者と相談の上、作成を進めてください。
 - ・ 黒のボールペンを使用して正確に記入してください。
 - ・ 記入を間違えた場合は、二重線で消し、訂正してください。訂正印は不要です。
- 特別措置は申請内容及び障害の状況等を踏まえ審査上決定します。試験運営上の事情等により、ご希望の措置を実施できない場合があります。
- 特別措置の決定は、受験票と併せて「北海道介護支援専門員実務研修受講試験身体障がい者等受験特別措置決定通知書」により通知します。試験日当日に受験票と一緒に持参してください。
- 聴覚障がい等により電話での連絡が困難な場合は、本会ホームページのお問い合わせフォームをご利用ください。(右記 QR コードからアクセスできます)



【注意】「(様式5) 北海道介護支援専門員実務研修受講試験身体障がい者等受験特別措置申請書」の提出がない場合は、特別な配慮はできません。

※試験日直前のお申し出や、事前にご連絡をいただかず試験当日に来場された場合は、ご希望にお応えできないことがあります。ご不明な点は、必ず申込期間内にお問合せください。

【各欄の記入方法】

| 区 分 | 記 入 方 法 等 |
|-----------------|--|
| ※整理番号 | この欄には何も記入しないでください。 |
| 氏名・生年月日・性別 | それぞれ記入してください。 |
| 身体障がいの程度 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 該当する事項を1つ選択し、その枠内にある「該当する」の文字を○で囲んでください。(必ず1つだけ選択すること) ・ 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等についても記入してください。 ・ 下の空欄には、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)「下肢障がいのため車椅子を使用している」 「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 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 希望により試験の方法や試験時間等において特別措置を受けることができます。 ・ 該当する事項をすべて選択し、その枠内にある「希望する」の文字を○で囲んでください。 ・ 該当する事項の欄がこの中に入らない場合は、「その他」の欄に希望する措置内容を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、「希望しない」を○で囲んでください。 |
| 受験者の現住所・連絡先電話番号 | 緊急連絡の際に必要となりますので、必ず記入してください。 |
| 記入者名 | 本人または記入代理者が、署名・押印してください。 |
| ※指定試験実施機関記入欄 | この欄には何も記入しないでください。 |

【身体障がい者等に対する受験特別措置の受験者へ配慮する事項】

| 特別措置の対象となる者 | | 審査の上特別に措置が認められる事項 | | | | | |
|-------------|--|--------------------------------------|-----------|----------|-------------------|----------------|--|
| | | 必ず措置する事項 | | | | | 受験者からの希望により特別に措置が認められる事項(例) |
| | | 解答方法 | 試験時間 | 試験室 | 試験室で用意されるもの | 級別 | |
| 視覚障がい者 | 日常生活で点字を使用している者 | 点字による解答 | 1.5倍 | 別室 | 点字問題冊子 点字用解答用紙 | 1～6級 | <ul style="list-style-type: none"> 録音テープ等試験問題(CDの場合、受験者は、音楽CD再生機または視覚障がい者用CD読書機を持ち込むものとする) 試験会場への乗用車での入構 点字器等の持参使用 試験室までの付添者の同伴 |
| | | 代筆による解答※ | | | | | |
| | 上記以外の強度の弱視者で良い方の眼の矯正視力が0.15未満の者 | 文字による解答 | 1.3倍 | 別室 | 文字解答用紙 | 1～4級 | |
| | 上記以外の視覚障がい者 | 比較的重度の者 | 文字による解答 | 一般受験者と同じ | 別室 | 文字解答用紙 | |
| 上記以外の者 | | なし(一般受験者と同じ) | | | | | |
| 聴覚障がい者 | 両耳の平均聴力レベルが100デシベル以上の者 | なし(一般受験者と同じ) | | | | 2級 | <ul style="list-style-type: none"> 手話通訳者の付与 注意事項等の文書による伝達 座席を前列に指定 補聴器の持参使用 |
| | 上記以外の聴覚障がい者 | なし(一般受験者と同じ) | | | | 3級 4級 6級 | <ul style="list-style-type: none"> 注意事項等の文書による伝達 座席を前列に指定 補聴器の持参使用 |
| 肢体不自由者 | 体幹の機能障がいにより座位を保つことができない者または困難な者 | チェックによる解答 | 1.3倍 | 別室 | チェック解答用紙 | 1級 | <ul style="list-style-type: none"> 介助者の付与 試験室を1階に設定 洋式トイレに近接する試験室に指定 特製機の持参使用または試験側での準備 車いすの持参 つえの持参使用 試験室までの付添者の同伴 乗用車による試験会場への入構 |
| | 両上肢の機能障がい著しい者 | | | | | | |
| | 体幹又は両上肢の機能障がい者でチェック解答が不可能な者 | 代筆による解答※ | | | | | |
| | 下肢の機能障がいにより歩行ができない者または困難な者 | なし(一般受験者と同じ) | | | | 1級 | |
| | 上記以外の肢体不自由 | 比較的重度の者 | チェックによる解答 | 1.3倍 | 別室 | チェック解答用紙 | |
| 上記以外の者 | | なし(一般受験者と同じ) | | | | | |
| 病弱者等 | 慢性の胸部、心臓、腎臓疾患等の状態で6ヶ月以上の医療・生活規制を必要とする者またはこれに準ずる者 | なし(一般受験者と同じ) | | | | | <ul style="list-style-type: none"> 別室の設定 試験室を1階に設定 つえの持参使用 試験室までの付添者の同伴 乗用車による試験会場への入構 |
| その他 | 障がい等を併せもつ者 | 障がいまたは病弱等の種類・程度に応じ、上記それぞれの該当の欄に記載の事項 | | | | | |

※「代筆による解答」とは、受験者が問題番号と解答を口頭で伝え、試験監督員が解答用紙に記入する方法です。解答内容等を記録するために、すべての試験時間において録音を行います。

(様式5) <<コピーをして使用してください。>>

北海道介護支援専門員実務研修受講試験身体障がい者等受験特別措置申請書

令和 年 月 日

| | | |
|------|-------------------|--------------------------|
| 整理番号 | 氏名 | 生年月日 |
| ※ | | 昭和 平成 令和 年 月 日生 |
| 記入者 | (本人・本人以外) ※どちらかに○ | 本人以外の場合記入者氏名 |

該当する事項の欄の「該当する」の文字を1つだけ囲むこと

| | | | |
|-------------|--------------------------|---|------|
| 身体障がいの程度 | 視覚障がい | 障がいの程度に関わらず、日常生活で点字を使用している者 | 該当する |
| | | 強度の弱視者で、良い方の目の矯正視力が0.15未満の者 | 該当する |
| | | 上記以外の視覚障がい者 | 該当する |
| | 聴覚障がい | 両耳の平均聴力レベルが100デシベル以上の者 | 該当する |
| | | 上記以外の聴覚障がい者 | 該当する |
| | 肢体不自由 | 体幹の機能障がいにより座位を保つことができない者、または困難な者 | 該当する |
| | | 上肢の機能障がいにより筆記することができない者、または困難な者 | 該当する |
| | | 下肢の機能障がいにより歩行をすることができない者、または困難な者 | 該当する |
| | | 上記以外の肢体不自由者(上記障がいの重複を含む) | 該当する |
| | 病弱者等 | 慢性の胸部、心臓、腎臓疾患等の状態で6ヶ月以上の医療・生活規制を必要とする者、またはこれに準ずる者 | 該当する |
| 障がい等を併せ持つ者 | | 該当する | |
| 身体障害者手帳交付番号 | 症状および日常生活での状況等を詳しく記入すること | | |
| 交付年月日 | | | |
| 障がい名 | | | |
| 等級 | 級 | 級 | |

| | | | | | | | |
|--|-------------|-------------------------|-----------|-----------------|----------------|------------------|------|
| 受験に際して希望する措置 | 視覚障がい | 点字による解答(別室) | 希望する | 肢体不自由・病弱者等 | チェックによる解答(別室) | 希望する | |
| | | 代筆による解答(別室) | 希望する | | 代筆による解答(別室) | 希望する | |
| | | 文字による解答(別室) | 希望する | | 試験時間の延長(1.3倍) | 希望する | |
| | | 試験時間の延長(1.3倍) | 希望する | | 試験室における介助者の付与 | 希望する | |
| | | 拡大文字問題冊子の配布 | 希望する | | 別室の設定 | 希望する | |
| | | 録音テープ等 試験問題の併用 CD | 視覚障がい者用CD | | 希望する | 試験室を1階に設定 | 希望する |
| | | | 読書機の持参使用 | | 希望する | 洋式トイレに近接する試験室に指定 | 希望する |
| | | 再生機の持参使用 | 希望する | | 特製機の持参・使用 | 希望する | |
| | | 拡大鏡等の持参・使用 | 希望する | | 特製機の試験会場側での準備 | 希望する | |
| | 窓側の明るい座席を指定 | 希望する | 車椅子の持参・使用 | 希望する | | | |
| | 照明器具の準備 | 希望する | つえの持参・使用 | 希望する | | | |
| | 聴覚障がい | 手話通訳者の付与 | 希望する | 受験に際して希望する特別な措置 | 試験室入口までの付添者の同伴 | 希望する | |
| | | 注意事項の文書による伝達 | 希望する | | 試験会場への乗用車での入構 | 希望する | |
| | | 座席を前列に指定 | 希望する | | | | |
| | | 補聴器の持参・使用 | 希望する | | | | |
| ※【乗用車で入構希望の場合】(記入例) カローラII・トヨタ・白・札000あ000・本人 | | | | | | | |
| 車種 | メーカー | 色 | 車両ナンバー | 運転手 | (本人・本人以外) | | |
| 【その他】希望する措置事項を具体的に記入すること | | | | | | | |
| 【試験実施機関からの連絡方法(電話での連絡が困難な場合、ご記入ください)】 メールアドレス: FAX: | | | | | | | |

※指定試験実施機関記入欄

(様式6-1) <<コピーをして使用してください。>>

※ 訂正印には必ず「証明印」を使用してください。

診断・意見書（視覚障がい関係）

| | |
|-------------|---|
| 氏名： | 昭和・平成 年 月 日生 |
| 住所： | |
| 診断名 | |
| 現症 | <p>視力</p> <p>右 (× D C y l D A x)</p> <p>左 (× D C y l D A x)</p> <p>視力以外の視機能障がい（視野狭窄、眼球震とう、近距離視力等）、その他参考となる経過・現症</p> |
| 上記のとおり診断する。 | 令和 年 月 日 |
| 病院または診療所の名称 | |
| 所在地 | |
| 診療担当科目 | 科 医師氏名 ㊞ |

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記入してください。

北海道介護支援専門員協会

(様式6-2) <<コピーをして使用してください。>>

※ 訂正印には必ず「証明印」を使用してください。

診断・意見書（聴覚障がい関係）

| | | | | | | | | |
|---|---|---|-----|---|-----|-------|-------|-------|
| 氏名： | 昭和・平成 年 月 日生 | | | | | | | |
| 住所： | | | | | | | | |
| 診断名 | | | | | | | | |
| 現症 | <p>(1) 聴力（会話音域の平均聴力レベル）</p> <table border="1"> <tr> <td>右</td> <td>d B</td> </tr> <tr> <td>左</td> <td>d B</td> </tr> </table> <p>(2) 障がいの種類</p> <table border="1"> <tr> <td>伝音性難聴</td> </tr> <tr> <td>感音性難聴</td> </tr> <tr> <td>混合性難聴</td> </tr> </table> <p>(3) 聴力以外の障がい・その他参考となる経過・現症</p> | 右 | d B | 左 | d B | 伝音性難聴 | 感音性難聴 | 混合性難聴 |
| 右 | d B | | | | | | | |
| 左 | d B | | | | | | | |
| 伝音性難聴 | | | | | | | | |
| 感音性難聴 | | | | | | | | |
| 混合性難聴 | | | | | | | | |
| <p>上記のとおり診断する。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>病院または診療所の名称</p> <p>所在地</p> <p>診療担当科目 科 医師氏名 ⑩</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記入してください。

(様式6-3) <<コピーをして使用してください。>>

※ 訂正印には必ず「証明印」を使用してください。

診断・意見書（肢体不自由関係）

| | |
|-----|--|
| 氏名： | 昭和・平成 年 月 日生 |
| 住所： | |
| 診断名 | |
| 現症 | 体幹の機能障がい（特に座位保持能力等）、上肢の機能障がい（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 体幹の機能障がい</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 ウ 腹臥位</p> <p>エ その他（ ）</p> | <p>2 上肢の機能障がい</p> <p>(1) 著しい障がい</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) 軽度の障がいがある。</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> |
| <p>上記のとおり診断する。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>病院または診療所の名称</p> <p>所在地</p> <p>診療担当科目 科 医師氏名 ㊞</p> | |

(注) 「著しい障がい」とは、「機能障がいのある上肢では、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）」、「一上肢の肩関節、肘関節、または手関節のうち、いずれか二関節の機能が全廃したもの」をいいます。

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記入してください。

(様式6-4) <<コピーをして使用してください。>>

※ 訂正印には必ず「証明印」を使用してください。

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 |
| 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 体幹の機能障がい</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 ウ 腹臥位</p> <p>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;">令和 年 月 日</p> <p>病院または診療所の名称</p> <p>所在地</p> <p>診療担当科目 科 医師氏名 ㊟</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記入してください。

6 (様式7)

受験申込書の記載事項（氏名・住所等）に変更があった場合、提出してください。
氏名を変更した場合は、本人確認のため、必ず氏名変更が確認できる書類を併せて提出してください。（戸籍抄本等の原本）

第29回（令和8年度）北海道介護支援専門員実務研修受講試験

申込書記載事項変更届

令和 年 月 日

北海道介護支援専門員協会会長 様

次のとおり変更しましたので、届け出ます。

| | | | | | | |
|-------|--|--|----------|---|---|---|
| 氏名 | | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 受験番号※ | | ※第29回（令和8年度）介護支援専門員実務研修受講試験を受験した場合のみ記入 | | | | |

<変更事項>

変更日 令和 年 月 日

変更内容 1 氏名 2 住所 3 その他（※該当する番号を○で囲んでください）

1 氏名の変更

| | | (姓) | (名) |
|-----|------|-----|-----|
| 旧氏名 | フリガナ | | |
| | 漢字 | | |
| 新氏名 | フリガナ | | |
| | 漢字 | | |

2 住所等の変更 ※本変更届の提出と併せて、最寄りの郵便局に「転居届」を提出してください。

| | |
|-----|---|
| 旧住所 | 〒 |
| 新住所 | 〒 |

3 その他（電話番号等）の変更

| | |
|---|--|
| 旧 | |
| 新 | |

【注意事項】

氏名、住所等の受験申込書の記載事項に変更があった場合は、この様式に必要事項を記入し、下記を必ず確認の上、速やかに北海道介護支援専門員協会に提出してください。

| 提出期間 | 氏名変更の場合 | 提出方法 |
|------------------------|---|---|
| 受験申込後から 10月28日（水）まで | 氏名変更が確認できる書類を併せて提出してください。（例：戸籍抄本の原本など） ※「個人番号（マイナンバー）」の記載がないものを提出してください。 | 市販の封筒の表面に「受験申込書変更届」と朱書きの上、簡易書留郵便にて提出してください。 |

【送付先】 〒060-0003 札幌市中央区北3条西7丁目1番地 第1水産ビル4F
一般社団法人 北海道介護支援専門員協会

北海道介護支援専門員実務研修 特定一般教育訓練給付制度のご案内

◆教育訓練給付とは

労働者の主体的なスキルアップを支援するため、厚生労働大臣の指定を受けた教育訓練を受講・修了した方に対し、その費用の一部が支給される制度です。

◆合格後の実務研修も対象講座です

教育訓練のひとつである「特定一般教育訓練」は、速やかな再就職や早期のキャリア形成を支援し雇用の安定と促進を目的としており、北海道介護支援専門員実務研修もこの制度の講座指定を受けています。本研修修了後、申請により最大で受講費用の50%〔上限25万円〕が受講者に支給されます。

◆給付条件について

教育訓練給付を受けるには、雇用保険の加入期間などの条件があります。パート・アルバイトや派遣労働者の方も対象です。

【以下のいずれかに該当した方が受給の対象となります】

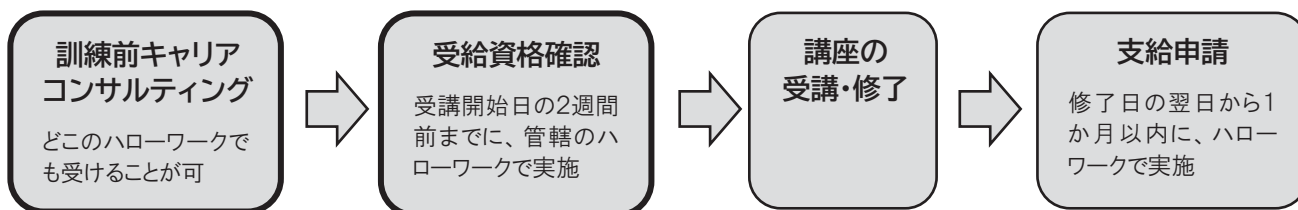
- 受講開始日時点で在職中で雇用保険に加入している方
 - 1) これまで教育訓練給付を受けたことがなく、雇用保険の加入期間が1年以上ある方
 - 2) 過去に教育訓練給付を受けたことはあるが、前回受講開始日以降、雇用保険の加入期間が3年以上ある方 注1)
- 離職してから1年以内 注2)の方
 - 1) これまで教育訓練給付を受けたことがなく、雇用保険の加入期間が1年以上ある方
 - 2) 過去に教育訓練給付を受けたことはあるが、前回受講開始日以降、雇用保険の加入期間が3年以上ある方 注1)

注1) 前回の支給日から今回の受講開始日までに3年以上経過していること

注2) 妊娠、出産、育児、疾病、負傷などの理由により適用対象期間の延長を行った場合は最大 20 年以内

※ハローワークで支給要件照会の手続きをすると、給付が受けられるかどうかをより詳しく調べることができます。

◆給付手続きについて



給付条件等や手続きの詳細な内容は、お住まいを管轄するハローワークにお問い合わせください