

福 岡 県 介 護 保 険 広 域 連 合
介護保険嘱託員（給付適正化調査員） 試験申込書

ふりがな					※受験番号
氏 名					No.
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生 男 ・ 女 （平成 30 年 4 月 1 日現在で満 歳） （○で囲む）				
ふりがな					
現 住 所	〒				
電話番号	固定			携帯	
希望する勤務場所	第 1 希望	支部		第 2 希望	支部
私は、福岡県介護保険広域連合介護保険嘱託員（給付適正化調査員）の募集に係る受験申込をしますが、この申込書の記載事項に相違ありません。 また、試験要項記載の受験資格を満たし、かつ欠格条項に該当しないことを申し添えます。 平成 年 月 日 氏名（自筆） 印					

- 1 太枠の中だけ、黒のボールペンで記入してください。また、数字は算用数字で記入してください。
- 2 写真（申込前 3 ヶ月以内に撮影した上半身、脱帽正面、縦 4 cm×横 3 cm）を貼った履歴書、介護支援専門員証明書類（写）、運転免許証（写）及び 8 2 円切手を貼った定型郵便封筒（受験票返送用）を同封のうえ申し込んでください。

----- キリトリセン -----

福岡県介護保険広域連合介護保険嘱託員（給付適正化調査員）試験受験票

ふりがな					※受験番号
氏 名					No.

- 1 太枠の中だけ、黒のボールペンで記入してください。
- 2 この受験票は、受験番号を付し、切り取った後返送します。試験当日に必ず持参してください。