

提出書類等の様式・記入例等

◇ 「受験申込書」 記入上の注意事項・記入例

- (1) 受験申込書の記入にあたっては、黒のボールペンを使用し、楷書で正確に記入してください(P.12～13 参照)。消えるボールペンは使用しないでください。
- (2) 記載内容の確認等で当財団から連絡する場合があります。本人控えとして、各自でコピーをとってください。
- (3) 誤って記入してしまった場合は、該当箇所^①に二重線(=)を引き、該当上部に正しく書き直してください。(該当箇所には、訂正印(認印可)を押印してください。)
- (4) 「受験申込書」は東京都福祉保健財団ケアマネジャー専用サイト (<https://www.keamane.tokyo.jp/shiken/>) から入力支援フォームをダウンロードし作成することもできます (P.12 参照)。

<記入要領>

項目	注意事項	
署名	■ <u>戸籍・住民票に氏名として記載の文字(漢字)を使用し</u> 、楷書で正確に自署してください。また、必ずフリガナを付けてください。	①
生年月日	■該当する項目を○で囲み、生年月日を記入してください。	
現住所	■住民票に記載されている住所を記入してください。加えて、郵便物の未着を防ぐため、フリガナ、郵便番号、マンション名、部屋番号のほか○○様方なども、忘れずに記入してください。また、 <u>記載内容の確認等で当財団から連絡する場合がありますので、日中に連絡がとれる電話番号を必ず記入してください。</u>	②
現勤務先名	■運営元の法人名ではなく、個別の施設・事業所名を記入してください。 ※派遣社員の方は、派遣先の施設・事業所名を記入してください。 ※サテライト事業所の場合は、本体事業所の名称を併記してください。	
現勤務先コード 現職種名 現職種コード	■「現勤務先コード」欄はP.9、「現職種名」及び「現職種コード」欄はP.10～11を参照してください。 ※申込み日現在無職の場合⇒「現勤務先コード」17、「現職種名」無職、「現職種コード」801と記入	③
現勤務先所在地	■本部・本社所在地を記入するのではなく、実際に勤務されている事業所等の所在地等を記入してください。 ■勤務先への連絡可否欄に○を記入してください。 ※なお、「勤務先への連絡否」の場合であっても、資格審査をすすめる必要性から、 <u>勤務先へ当財団から連絡し、受験申込者へ電話のとりつきをお願いする場合がありますので、予めご了承ください。</u>	
身体障害等による受験に際しての配慮の希望	■該当する数字に○を付けてください。「1 必要」に○を付した場合は、「内容」欄に障害等の程度及び配慮希望内容(点字問題希望など)を記入し、あわせて「身体障害者等受験特別措置申請書」(P.44)及び「診断・意見書(身体障害者手帳の写し可)」(P.45～48)を提出してください。 妊娠中の方は、「内容」欄に試験日当日の状況(妊娠○か月等)を記入してください。 ※記入がない場合は、特別の配慮は行いません。(P.19 参照)	④
国家資格コード	■P.10に記載の「国家資格等コード」から、該当する国家資格等コードを記入してください。	
受験資格対象 国家資格等名	■現在従事している業務に関する国家資格等及び、「実務経験証明書」を提出した際の国家資格等を記入してください。	⑤
資格取得 (登録)年月日	■国家資格等取得証明書の <u>登録年月日</u> を記入してください。	
見込受験 P.18 参照	■紛失や氏名変更等のため再発行手続き中で「免許証」「登録証」等の写しを提出できない場合は、「見込受験」となります。「見込受験」欄に○を付し、手続き中であることを証明する書類を添付してください。 ※令和7年10月20日(月)(当日消印有効)までに、「免許証」「登録証」等の写しの提出が必要になります。「見込受験」をした場合で、 <u>期日までに確定した書類の提出がない場合は、受験は無効になります。</u>	⑥
実務経験証明 内容 P.14～15 参照	■ <u>省略受験対象者(実務経験証明書の提出を省略する場合は、記入不要です。)</u> (P.34 参照) ■職歴の古い順に、勤務先で発行された「実務経験証明書」(「実務経験見込証明書」)の内容と一致するように記入してください。 ■同一法人・会社が経営するものであっても、それぞれの施設・事業所ごとに記入してください。実務経験証明書も施設・事業所ごとに必要です。 ■6か所以上の実務経験をあわせて受験資格を満たす場合は、「実務経験証明内容」の一行を2段に分けて、記入してください。それでも足りない場合は、お問い合わせください。	
見込受験希望 P.18 参照	■実務経験の受験資格要件を試験日の前日までに満たす予定で受験申込みを行う場合は、「見込受験」となりますので、「見込受験希望」欄に○を付けてください。 ※令和7年10月20日(月)(当日消印有効)までに、確定した「実務経験証明書」の原本(コピー不可)を提出してください。 「見込受験」をした場合で、 <u>期日までに提出されない場合は、受験は無効になります。</u> (P.35 参照)	⑦
実務経験証明書 省略受験者 P.15 参照	■過去に今年度の受験資格で確定した実務経験証明書を東京都に提出して受験票の交付を受けている方は、実務経験証明書の提出を省略することができます(試験当日欠席者を含む。ただし、無効者を除く)。 ■省略受験される場合は、「実務経験証明書省略受験者」の各欄(「直近で受験した年度」「受験番号」「受験時の氏名」)を記入してください。 なお、受験番号が不明の場合は、「受験番号」欄は空欄で構いません。(P.34 参照)	
受験用顔写真 貼付欄	■貼付欄にカラー証明写真(正面、無帽、無背景)を貼付してください。(P.13 参照) ※不適当な写真の場合は受理できません。	⑧
受験手数料 払込票貼付欄	■受験手数料払込み後の受験手数料払込票「A 払込受領書」の原本を貼付してください。 ※「A 払込受領書」の控えが必要な方は貼付前にコピーをとってください。	⑨

令和7年度 東京都介護支援専門員実務研修受講試験 受験申込書

公益財団法人東京都福祉保健財団 理事長 様

申込日：令和7年6月20日

下記に記載した内容は事実と相違ありません。試験問題作成事務手数料と試験手数料を合わせて貴財団に払い込み、関係書類を添えて、令和7年度東京都介護支援専門員実務研修受講試験の受験を申し込みます。

フリガナ 署名 (自署で記載)	トウ キョウ 東京	ハナ コ 花子	生年月日 昭和 平成 50年 6月 4日			
フリガナ	トウキョウト ニシタマゲン ミズホマチ ナガオカ ※番地以下のフリガナは不要です。					
現住所	東京(都) 西多摩郡 瑞穂町長岡5-80 △△マンション302号室 〒11900-1232 固定電話 042(000)0000 / 携帯電話 090(000)0000					
フリガナ 現勤務先名 (施設・事業所名)	トクベツヨウゴロウジンホーム 特別養護老人ホーム ちよだ苑	チヨダエン	現勤務先コード*1 03	現職種名*2 介護福祉士	現職種コード*3 111	
現勤務先所在地	東京(都) 千代田区 千代田2-3-4 〒1000-0000 電話 03(000)0000 ※勤務先への連絡可否 (可)・否					
身体障害等による受験に際しての配慮の希望 (いずれかに○を付す) 1. 必要 (内容:) 2. 不要						
国家資格等コード (受験要項 P.10 参照、例:111)	受験資格対象者国家資格等名 (受験要項 P.10 参照、例:介護福祉士)			資格取得(登録)年月日		
111	介護福祉士			昭和(平成)令和 31年 4月 25日		
昭和・平成・令和 年 月 日						
昭和・平成・令和 年 月 日						
※省略受験対象者は記入不要 実務経験証明内容	受験資格コード*4	勤務先等の名称 ※法人名ではなく施設・事業所名を古いものから順に記入	国家資格等*5	実務経験従事(見込)期間 ※業務の開始年月日は国家資格等の登録年月日以降にしてください。	従事年月 ※1月未満切捨	従事日数
	111	神楽河岸介護(株) 飯田橋ヘルパーステーション	介護福祉士	昭・平・令 31年 4月 25日 ~ 昭・平・令 2年 6月 24日	1年 2月	214日
	111	特別養護老人ホーム 新宿苑	介護福祉士	昭・平・令 2年 7月 1日 ~ 昭・平・令 4年 4月 24日	1年 9月	420日
	111	特別養護老人ホーム ちよだ苑	介護福祉士	昭・平・令 4年 4月 25日 ~ 昭・平・令 7年 6月 19日	3年 1月	647日
				昭・平・令 年 月 日 ~ 昭・平・令 年 月 日	年 月	日間
				昭・平・令 年 月 日 ~ 昭・平・令 年 月 日	年 月	日間
				昭・平・令 年 月 日 ~ 昭・平・令 年 月 日	年 月	日間
財団 記入	⑥ 実務経験証明書 見込受験 実務経験従事期間の末日が申込日を超える場合は見込受験となるため、右の□枠内に○を付すこと。			実務経験見込証明書を提出したので、当該分の実務経験証明書は令和7年10月20日(月)までに提出します。		合計 6年 0月 1281日間

実務経験の期間が申込日を超える場合は「見込」となるため、⑥に○をつけてください

＜省略受験＞ 実務経験証明書 省略受験者記入欄 ※過去に今年度の受験資格要件で、確定した実務経験証明書を東京都に提出した方で、実務経験証明書の省略をする場合は、右記欄を記入	直近で受験した年度 (元号のいずれかに○)	平成 () 年度 令和 () 年度	4 cm 「受験用顔写真」 貼付欄 3 cm
	受験番号 (不明な場合は記入不要)		
	受験時の氏名 (結婚等で氏名を変更している場合、受験当時の氏名を記入)		

- 【注意】必ずご一読ください！
- 「署名」欄に記入する氏名は、戸籍・住民票に記載の文字(漢字)を使用してください。
 - 申込書の記入内容、添付書類等に不備があった場合は、受理できない場合がありますので、必ず確認の上、お申し込みください。
 - 受験の申込期間は、令和7年6月2日(月)～6月30日(月)(当日消印有効)です。
 - 本申込書の作成は、Excelでも行うことができます。必要事項の記入漏れ防止チェック機能等がございますので、ぜひご活用ください。
- <東京都福祉保健財団ケアマネジャー専用サイト>
https://www.keamane.tokyo.jp/shiken/

受験手数料払込票「A払込受領書」(原本) 貼付欄
※払込人氏名を記入してから添付してください。
⑨ ※控えが必要な場合は事前にコピーをとってください。

省略	年度		
審査	①	②	③
重複			

*1 受験要項 P.9 を参照。*2 現職種が実務経験に該当する場合のみ受験要項 P.10 の資格名を記入。*3 受験要項 P.10 を参照。
*4 受験要項 P.10 を参照。*5 受験資格コードの資格名を記入(受験要項 P.10 を参照)。200 番台の場合は職種名(例:生活相談員)を記入。

I 試験の概要
II 試験の実施方法
III 受験資格
IV 受験申込みに必要な書類
V 実務研修
VI Q&A・実務経験期間算定の具体例
提出書類等の様式・記入例等

【実務経験証明書省略受験】 申込書記入例

令和7年度 東京都介護支援専門員実務研修受講試験 受験申込書

公益財団法人東京都福祉保健財団 理事長 様 申込日：令和7年6月20日
 下記に記載した内容は事実と相違ありません。試験問題作成事務手数料と試験手数料を合わせて貴財団に払い込み、関係書類を添えて、令和7年度東京都介護支援専門員実務研修受講試験の受験を申し込みます。

フリガナ 署名 (自署で記載)	トウキョウ 東京	タロウ 太郎	生年月日 昭和・平成 48年4月29日			
フリガナ	トウキョウト シンジュク ニシシンジュク ※番地以下のフリガナは不要です。					
現住所	東京都 新宿区 西新宿10-11-12 〒100-0001 固定電話 03(0000)0000 / 携帯電話 090(0000)0000					
フリガナ 現勤務先名 (施設・事業所名)	チヨダカイゴロウジンホケンシセツ ちよだ介護老人保健施設	現勤務先コード*1 04	現職種名*2 介護福祉士			
現勤務先所在地	東京都 千代田区 千代田4-5-6 〒100-0001 電話 03(0000)0000 ※勤務先への連絡可否 (可)・否					
身体障害等による受験に際しての配慮の希望 (いずれかに○を付す)		1. 必要 (内容:) 2. 不要				
国家資格等コード (受験要項 P.10 参照、例:111)	受験資格対象者国家資格等名 (受験要項 P.10 参照、例:介護福祉士)	資格取得 (登録) 年月日	国家資格等 見込受験 ※免許証・登録証の提出が 後日の場合○を付すこと。			
1 1 1	介護福祉士	昭和(平成) 令和 20年 4月 26日				
		昭和・平成・令和 年 月 日				
		昭和・平成・令和 年 月 日				
※省略受験対象者は記入不要 実務経験証明内容	受験資格 コード*4	勤務先等の名称 ※法人名ではなく施設・事業所名を古いものから順に記入	国家資格等*5	実務経験従事(見込)期間 ※業務の開始年月日は国家資格等の登録年月日以降にしてください。	従事年月 ※1月未満切捨	従事日数
				昭・平・令 年 月 日～昭・平・令 年 月 日	年 月	日間
				昭・平・令 年 月 日～昭・平・令 年 月 日	年 月	日間
				昭・平・令 年 月 日～昭・平・令 年 月 日	年 月	日間
				昭・平・令 年 月 日～昭・平・令 年 月 日	年 月	日間
				昭・平・令 年 月 日～昭・平・令 年 月 日	年 月	日間
財団 記入	実務経験証明書 見込受験 実務経験従事期間の末日が申込日を超える場合は見込受験となるため、右の□枠内に○を付すこと。		実務経験見込証明書を提出したので、当該分の実務経験証明書は令和7年10月20日(月)までに提出します。	合計	年 月	日間
<省略受験> 実務経験証明書 省略受験者記入欄 ※過去に今年度の受験資格要件で、確定した実務経験証明書を東京都に提出した方で、実務経験証明書の省略をする場合は、右記欄を記入	直近で受験した年度 (元号のいずれかに○)	平成 (6) 年度 令和	[写真貼付欄]	【注意】必ずご一読ください！ 1. 「署名」欄に記入する氏名は、戸籍・住民票に記載の文字(漢字)を使用してください。 2. 申込書の記入内容、添付書類等に不備があった場合は、受理できない場合がありますので、必ず確認の上、お申し込みください。 3. 受験の申込期間は、令和7年6月2日(月)～6月30日(月)(当日消印有効)です。 4. 本申込書の作成は、Excelでも行うことができます。必要事項の記入漏れ、防止チェック機能等がございますので、ぜひご活用ください。 <東京都福祉保健財団ケアマネジャー専用サイト> https://www.keumano.tokyo.jp/shiken/		
受験番号 (不明な場合は記入不要)	271000000					
受験時の氏名 (結婚等で氏名を変更している場合、受験当時の氏名を記入)	東京太郎					
受験手数料払込票「A払込受領書」(原本)貼付欄 ※ <u>払込人氏名を記入</u> してから添付してください。 ※ <u>控えが必要な場合は事前にコピーをと</u> ってください。				省略	年度	
				審査	①	②
				重複		

提出を省略できるのは「実務経験証明書」のみです。
 ※国家資格等の免許証・登録証等の写しは省略できないので、必ず提出してください。

「実務経験証明書」の提出の省略が可能な方は、この欄は記入しないでください。
 (省略受験については要項 P.15 参照)

「実務経験証明書」の提出の省略が可能な方は、この欄を記入してください。
 直近で受験した年度の受験番号が不明な場合は、「受験番号」欄は空欄で結構です。

*1 受験要項 P.9 を参照。 *2 現職種が実務経験に該当する場合のみ受験要項 P.10 の資格名を記入。 *3 受験要項 P.10 を参照。
 *4 受験要項 P.10 を参照。 *5 受験資格コードの資格名を記入 (受験要項 P.10 を参照)。 200 番台の場合は職種名 (例: 生活相談員) を記入。

- I 試験の概要
- II 試験の実施方法
- III 受験資格
- IV 受験申込みに必要な書類
- V 実務研修
- VI Q&A・実務経験期間算定の具体例
- 提出書類等の様式・記入例等

【見込受験】 申込書の記入例

令和7年度 東京都介護支援専門員実務研修受講試験 受験申込書

公益財団法人東京都福祉保健財団 理事長 様 申込日：令和7年6月20日
 下記に記載した内容は事実と相違ありません。試験問題作成事務手数料と試験手数料を合わせて貴財団に払い込み、関係書類を添えて、令和7年度東京都介護支援専門員実務研修受講試験の受験を申し込みます。

フリガナ 署名 (自署で記載)	カ イ コ 介 護	ケン タ 健 太	生年月日 昭和・平成 52年10月17日			
フリガナ	トウキョウト シンジュクク ニシシンジュク ※番地以下のフリガナは不要です。					
現住所	東京 新宿区 西新宿8-9-10 〒100-0000 固定電話 03(0000)0000 / 携帯電話 090(0000)0000					
フリガナ 現勤務先名 (施設・事業所名)	イダバシセントラルプラザビヨウイン 飯田橋セントラルプラザ病院		現勤務先コード*1 1 4	現職種名*2 看護師	現職種コード*3 1 0 6	
現勤務先所在地	東京 千代田区 千代田3-4-5 〒100-0000 電話 03(0000)0000 ※勤務先への連絡可否 (可・否)					
身体障害等による受験に際しての配慮の希望 (いずれかに○を付す) 1. 必要 (内容:) 2. 不要						
国家資格等コード (受験要項 P.10 参照、例:111)	受験資格対象者国家資格等名 (受験要項 P.10 参照、例:介護福祉士)		資格取得(登録)年月日		国家資格等 見込受験 ※免許証・登録証の提出が 後日の場合○を付すこと。	
1 0 6	看護師		昭和・平成 令和 25年7月20日			
1 0 7	准看護師		昭和・平成 令和 20年4月19日			
			昭和・平成 令和 年 月 日			
※省略受験対象者は記入不要 実務経験証明内容	受験資格 コード*4	勤務先等の名称 ※法人名ではなく施設・事業所名を古いものから順に記入	国家資格等*5	実務経験従事(見込)期間 ※業務の開始年月日は国家資格等の登録年月日以降にしてください。	従事年月 ※1月末満切捨	従事日数
	1 0 7	東京千代田総合病院	准看護師	昭・平・令 20年4月19日 ~ 昭・平・令 22年3月31日	1年11月	437日間
	1 0 6	飯田橋セントラルプラザ病院	看護師	昭・平・令 4年9月1日 ~ 昭・平・令 7年10月11日	3年1月	555日間
				昭・平・令 年 月 日 ~ 昭・平・令 年 月 日	年 月	日間
				昭・平・令 年 月 日 ~ 昭・平・令 年 月 日	年 月	日間
財団 記入	実務経験証明書 見込受験 実務経験従事期間の末日が申込日を超る場合は見込受験となるため、 右の口枠内に○を付すこと。		実務経験見込証明書を提出したため、 当該分の実務経験証明書は 令和7年10月20日(月)までに 提出します。	合計	5年0月	992日間

国家資格に基づく業務で受験する場合は、資格取得(登録)日以降の実務経験を記入してください。

重要
見込受験の場合は、最長で令和7年10月11日(土)試験日前日まで算入可能です。

重要
実務経験を「見込」で受験する場合は、この欄に○を付してください。
※この場合は、令和7年10月20日(月)(当日消印有効)までに確定した「実務経験証明書」原本(コピー不可)を必ず簡易書留郵便で提出してください。
※提出がない場合、受験は無効になります。

実務経験は古いものから順に記入してください。

【注意】必ずご一読ください!
 1. 「署名」欄に記入する氏名は、戸籍・住民票に記載の文字(漢字)を使用してください。
 2. 申込書の記入内容、添付書類等に不備があった場合は、受理できない場合がありますので、必ず確認の上、お申し込みください。
 3. 受験の申込期間は、令和7年6月2日(月)～6月30日(月)(当日消印有効)です。
 4. 本申込書の作成は、Excelでも行うことができます。必要事項の記入漏れ防止チェック機能等がございますので、ぜひご利用ください。
 <東京都福祉保健財団ケアマネジャー専用サイト>
<https://www.keamane.tokyo.jp/shiken/>

<省略受験> 実務経験証明書 省略受験者記入欄 ※過去に今年度の受験資格要件で、確定した実務経験証明書を東京都に提出した方で、実務経験証明書の省略をする場合は、右記欄を記入	直近で受験した年度 (元号のいずれかに○) 令和 () 年度	受験番号 (不明な場合は記入不要)	受験時の氏名 (結婚等で氏名を変更している場合、受験当時の氏名を記入)
---	---------------------------------------	----------------------	--

受験手数料払込票「A払込受領書」(原本)貼付欄
 ※払込人氏名を記入してから添付してください。
 ※控えが必要な場合は事前にコピーをとってください。

省略	年度
審査	① ② ③
重複	

*1 受験要項 P.9 を参照。 *2 現職種が実務経験に該当する場合のみ受験要項 P.10 の資格名を記入。 *3 受験要項 P.10 を参照。
 *4 受験要項 P.10 を参照。 *5 受験資格コードの資格名を記入(受験要項 P.10 を参照)。 200 番台の場合は職種名(例:生活相談員)を記入。

- I 試験の概要
- II 試験の実施方法
- III 受験資格
- IV 受験申込みに必要な書類
- V 実務研修
- VI Q&A・実務経験期間算定の具体例
- 提出書類等の様式・記入例等

「実務経験（見込）証明書」を発行される事業者（証明者）の方へ

◇ 「実務経験（見込）証明書」記入上の注意事項

- (1) 令和7年度指定の様式を使用し作成してください。
- (2) 実務経験（見込）証明書は、受験資格等を東京都福祉保健財団ケアマネジャー専用サイト（下記 URL 参照）で確認したうえで、証明権限を有する方（法人の代表者、施設・事業所の長等、証明権限がある方を言います。以下「証明者」。）が作成してください。
※受験申込者が自書した場合、本証明書は無効となります（個人開業等により証明者と受験申込者が同一の場合を除く）。

*当財団ケアマネジャー専用サイト URL

<https://www.keamane.tokyo.jp/shiken/>



- (3) 受験者（被証明者）の業務従事状況を必ず書類等で確認したうえで証明を行ってください。
- (4) 受験者の実務経験について、「別表1に定める国家資格等に基づく業務」、又は「別表2に定める相談援助業務」のいずれかに従事していることを確認したうえで証明を行ってください。

<国家資格等に基づく業務について>

○要援護者に対する直接的な対人援助業務が、当該資格の本来業務として明確に位置付けられていることが必要です。

（実務経験に該当する例）

- ・病院の医師として患者の診察治療にあたっている。
- ・指定訪問介護事業所で訪問介護員（介護福祉士を有する）として介護業務を行っている。
- ・指定通所介護事業所で生活相談員（社会福祉士を有する）として相談業務を行っている。

○国家資格等を有していても、次のようなケースは実務経験には該当しません。

（実務経験に該当しない例）

- ・国家資格等に基づく要援護者に対する直接対人援助業務でない場合
（例）「看護師を有している者が行う看護学校業務や研究業務」
「介護福祉士を有する訪問介護員が行う生活援助のみの業務」
「栄養士が行う献立作成や調理」等
- ・要援護者に対する直接対人援助業務が国家資格等の本来業務に位置付けられていない場合
（例）社会福祉士を有している者が行う介護業務（介護職員として従事）等

- (5) 同一施設内で職種変更があった場合は、実務経験証明書の備考欄に、職種名・その職種における従事期間・従事日数が詳細に記載されていれば1枚の実務経験証明書でかまいません。
- (6) 同一法人・同一会社内であっても、複数の施設・事業所等を異動している場合は、お手数ですが、それぞれの施設・事業所ごとに実務経験証明書を作成してください。
※派遣社員の方で複数の施設・事業所等に派遣されている場合も同様です。
- (7) 実務経験見込証明書を発行する場合は、従事期間を最長で令和7年10月11日（土）（試験日の前日）まで算入できます。後日、見込の従事期間及び従事日数を満たした時点で、受験者に対し、確定した内容で「実務経験証明書」の発行をお願いします。
（確定した「実務経験証明書」の提出期限は令和7年10月20日（月）（当日消印有効）です。）
- (8) 訂正した箇所は二重線で消し、訂正印として証明者の公印（職印）を押印してください。
- (9) 証明内容が不明な場合等は、証明者に内容確認の問い合わせをすることや、書類の再提出等を求めることがあります。

<記入要領>

項目	注意事項	
証明日	■証明した日（証明書発行日）を記入してください。	
証明者名等	■証明者名の他、今後の問い合わせ先として担当者氏名、連絡先番号等を記入してください。 ■証明印は証明者の公印（職印）を使用してください。なお、個人経営等で公印がない場合は、役所等に通常書類を提出する際に使用する個人印を使用してください。 ※電子印鑑は原則として不可です。	
受験者氏名等	■勤務時の氏名（フリガナ含む）、生年月日を記入し、該当する元号を○で囲んでください。 ※過去に勤務した者の証明をする際、受験者が勤務当時旧姓であった場合には、その当時の姓で記入してください。	
施設または事業所	名称	■受験者が勤務している（していた）施設等の名称を記入してください。 ※サテライト事業所の場合は、 <u>本体事業所の名称を併記してください。</u>
	所在地	■受験者が勤務している（していた）施設等の所在地を記入してください。
	種別	■施設種別・事業種別を具体的に記入してください。 (例) 指定訪問介護、特別養護老人ホーム、指定生活介護、病院、診療所、施術所 等
	介護保険・障害福祉サービス事業所番号	■「介護保険法」又は「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（以下「障害者総合支援法」）」に基づく指定事業所については、事業所番号も記入してください。 ※上記以外の施設または事業所は記入不要です。
	施設等開設年月日（事業開始年月日）	■当該施設等の開設年月日を記入してください。都道府県知事等の指定等を受けた日、又は届出を行った日と、開設年月日が異なる場合はいずれも記入してください。 ※施術所の場合は、保健所の取受印がある「施術所開設届」の写しを添付してください。 ■閉鎖した施設等の場合は、 <u>備考欄に閉鎖日（廃止日）を記入してください。</u> また、「介護保険法」又は「障害者総合支援法」に基づく東京都内の指定事業所を除き、 <u>開設年月日及び閉鎖年月日が確認できる書類を添付してください。</u>
国家資格等	■当財団ケアマネジャー専用サイトに掲載されている別表1及び2を参照し、国家資格等及び受験資格コードを記入してください。	
受験資格コード	【国家資格等に基づく業務に従事している（していた）場合】 (例)「病院の看護師として、看護業務に従事」 ➡ 国家資格等に「看護師」、受験資格コードに「106」を記入 「介護福祉士の登録日以降に指定介護老人福祉施設（特養）で介護業務に従事」 ➡ 国家資格等に「介護福祉士」、受験資格コードに「111」を記入 【相談援助業務に従事している（していた）場合】 (例)「指定特定施設入居者生活介護で生活相談員として相談援助業務に従事」 ➡ 国家資格等に「生活相談員」、受験資格コードに「201」を記入	
職種名	■施設・事業所等で実際に従事している職種名を記入してください。 (例) 医師、看護師、薬剤師、介護職員、訪問介護員、生活相談員、生活支援員 等	
業務内容	■受験者が国家資格等に基づく直接対人援助業務を行っている（行っていた）場合は、「国家資格等に基づく直接対人援助業務」にチェックしてください。(P.36(3)参照) ■受験者が相談援助業務に従事している（していた）場合は、「相談援助業務」にチェックしてください。 (例)「指定介護老人福祉施設（特養）で生活相談員として相談業務に従事」 等	
直接対人援助業務従事期間	■受験者が <u>「要援護者に対し、直接的な対人援助業務を行っていた期間」</u> を記入してください。 ■国家資格等を有していても、直接対人援助業務でない期間（例：看護師資格を有し、看護学校業務や研究業務等を行っていた期間等）は算入できません。事務等の受験資格に該当しない従事期間は必ず除外してください。(Q&A8～10参照※ケアマネジャー専用サイト掲載) ※ <u>国家資格等に基づく業務の場合、資格の登録日以降を算入します。</u> ※ <u>育児休業、病気休業等の休職期間は除外し、除外した期間を備考欄に記入してください。</u>	
上記のうち業務に従事した日数	■休日、休暇（公休含む）、研修、休職等で従事しなかった日を除いた日数（実際に受験資格に該当する勤務のあった日数）を記入してください。 ■日数の換算については、1日の勤務時間が短い場合も1日勤務したものとみなします。	
備考欄	■「施設等の名称・所在地変更」や「運営法人の変更」等があった場合は、変更年月日とあわせて記入してください。 ■派遣社員として勤務している（していた）場合は「 <u>派遣勤務</u> 」と記入してください。	

【注意】

- ※実務経験（見込）証明書について、不実又は錯誤した内容を証明した場合は、その受験は「無効」となります。
- ※証明権限を有する代表者は、そのてん末を報告しなければなりません。事実と異なる実務経験（見込）証明書を発行した場合は、証明権限を有する代表者名等を公表することがあります。

I 試験の概要

II 試験の実施方法

III 受験資格

IV 受験申込みに必要な書類

V 実務研修

VI Q&A・実務経験期間算定の具体例

提出書類等の様式・記入例等

令和7年度東京都介護支援専門員実務研修受講試験
実務経験証明書

令和 年 月 日

公益財団法人東京都福祉保健財団 理事長 様

所在地
 法人等団体名
 代表者職・氏名



担当者氏名
 連絡先電話番号

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。

フリガナ		生 年 月 日	
受 験 者 氏 名		昭和・平成 年 月 日生	
施設 また は 事業 所	名 称		
	所 在 地	(〒 -) (本部・本社の所在地ではなく、勤務先・事業所の所在地を記入してください。)	
	種 別	介護保険・障害福祉サービス事業所番号 	
	施設等開設年月日 (事業開始年月日)	昭和・平成・令和 年 月 日 (許可・認可・承認・指定等を受けた日、事業開始の届出を行った日を記入してください。)	
国 家 資 格 等		受験資格コード	
職 種 名		※各職場の通称ではなく、各法令等の人員配置基準に基づく公的な名称を記入してください。	
業 務 内 容 (該当業務の□に✓を記入してください)		<input type="checkbox"/> 国家資格等に基づく直接対人援助業務 (受験資格コード101～120が対象) <input type="checkbox"/> 相談援助業務 (受験資格コード201～209が対象)	
直接対人援助業務 従 事 期 間 ※業務の開始年月日は国家資格等の 登録年月日以降にしてください。		昭和・平成・令和 年 月 日 ～ 昭和・平成・令和 年 月 日 [年 月] (1か月未満切捨て。病休・育休期間を除く。)	
上記のうち業務に 従 事 し た 日 数		日 (休日、休暇、病気、休職等で業務に従事しなかった日を除いた日数を記入してください。)	
備 考 欄			

- (注) ○ **受験申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。** 団体・法人等の証明権限を有する方が記入してください。
- 各欄の記入にあたっては、令和7年度受験要項 P36～37 を参照してください。
 - 国家資格等及び受験資格コードは令和7年度受験要項 P10～P11(別表1 又は別表2) 又は当財団 HP を参照の上記入してください。
 - 業務の開始年月日は国家資格等の登録年月日以降にしてください。
 - 業務については、要援護者に対する直接的な対人援助業務が、当該資格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。国家資格等を有していても、要援護者に対する直接的な対人援助業務でない教育業務、研究業務、営業、事務等を行っている期間は実務経験には含まれません。
(非該当の例: 社会福祉士が行う介護業務(介護職員)、訪問介護員の生活援助のみのサービス提供、栄養士が行う献立作成と調理 等)
- ※不正の手段によって当該試験を受け、又は受けようとした場合、合格決定を取り消し、又は受験することを禁止することがあります(介護保険法第69条の31)。又、上記により合格を取り消された場合、介護支援専門員の登録は取り消されます(同法第69条の6第1項第4号)。

実務経験証明書記入例

《この様式は、東京都福祉保健財団ケアマネジャー専用サイト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。》
 ※実務経験（見込）証明書は、受験する年度の様式で提出をお願いします。

令和7年度東京都介護支援専門員実務研修受講試験 実務経験証明書

実際の証明日を記入してください

令和7年6月25日

問い合わせの際に必要なため、全ての項目に記入してください。

人東京都福祉保健財団 理事長 様

**派遣社員の場合
は、派遣元の法人
代表者等が証明者
となります。**

所在地 東京都千代田区千代田3-4-5
 法人等団体名 神楽河岸介護株式会社
 代表者職・氏名 代表取締役 人材 二郎
 担当者氏名 総務課人事係 介護 京子
 連絡先電話番号 03-0000-0000

受験者氏名：
 名称：
 所在地：
 受験者の勤務当時の内容で記入してください

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。

フリガナ	フクシ ミヤコ		生年月日		
受験者氏名	福祉 都子		昭和・平成	52年10月17日生	
施設または事業所	名称	飯田橋ヘルパーステーション			
	所在地	(〒100-0000) (本部・本社の所在地ではなく、勤務先・事業所の所在地を記入してください。) 東京都千代田区千代田3-4-5			
	種別	指定訪問介護	介護保険・障害福祉サービス事業所番号 137000000000		
	施設等開設年月日 (事業開始年月日)	昭和・平成・令和 12年4月1日 (許可・認可・承認・指定等を受けた日、事業開始の届出を行った日を記入してください。)			
国家資格等	介護福祉士	受験資格コード	1 1 1		
職種名	訪問介護員	※各職場の通称ではなく、各法令等の人員配置基準に基			
業務内容	<input checked="" type="checkbox"/> 国家資格等に基づく直接対人援助業務 (受験資格コード201~209が対象) <input type="checkbox"/> 相談援助業務 (受験資格コード201~209が対象)		100番台はP10(別表1)、200番台(別表2)はP11を参考に記入してください。		
直接対人援助業務 従事期間	昭和・平成・令和 2年4月1日 ~ 昭和・平成・令和 7年6月25日 [5年2月] (1か月未満切捨て。病休・育休期間を除く。)				
上記のうち業務に従事した日数	1,060日 (休日、休暇、病気、退職等で業務に従事しなかった日を除いた日数を記入してください。)				
備考欄	国家資格等に基づく業務の場合は、資格の登録日以降を記入してください。登録日以前の経験は無効となります。				

事業所番号：
 介護保険法又は障害者総合支援法に基づく事業の場合のみ記入してください。

- (注) ○**受験申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。** 団体・法人等の証明権限を有する方が記入してください。
 ○各欄の記入にあたっては、令和7年度受験要項 P36~37 を参照してください。
 ○国家資格等及び受験資格コードは令和7年度受験要項 P10~P11(別表1又は別表2)又は当財団 HP を参照の上記入してください。
 ○業務の開始年月日は国家資格等の登録年月日以降にしてください。
 ○業務については、要援護者に対する直接的な対人援助業務が、当該資格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。国家資格等を有しているも、要援護者に対する直接的な対人援助業務でない教育業務、研究業務、営業、事務等を行っている期間は実務経験には含まれません。
 (非該当の例: 社会福祉士が行う介護業務(介護職員)、訪問介護員の生活援助のみのサービス提供、栄養士が行う献立作成と調理 等)

※不正の手段によって当該試験を受け、又は受けようとした場合、合格決定を取り消し、又は受験することを禁止することがあります(介護保険法第69条の31)。又、上記により合格を取り消された場合、介護支援専門員の登録は取り消されます(同法第69条の6第1項第4号)。

受験申込者が自書すると無効になります。

《この様式は、東京都福祉保健財団ケアマネジャー専用サイト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。》

※実務経験（見込）証明書は、受験する年度の様式で提出をお願いします。

※この見込証明書を提出した場合、受験資格に該当する実務経験確定後に、実務経験証明書（P. 38 の様式）を令和7年10月20日（月）までに必ず提出してください。提出がない場合は、受験は無効になります。

令和7年度東京都介護支援専門員実務研修受講試験

実務経験見込証明書

令和 年 月 日

公益財団法人東京都福祉保健財団 理事長 様

所在地
法人等団体名
代表者職・氏名



担当者氏名
連絡先電話番号

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。

フリガナ		生年月日	
受験者氏名		昭和・平成 年 月 日生	
施設または事業所	名称		
	所在地	(〒) (本部・本社の所在地ではなく、勤務先・事業所の所在地を記入してください。)	
	種別	介護保険・障害福祉サービス事業所番号 	
	施設等開設年月日 (事業開始年月日)	昭和・平成・令和 年 月 日 (許可・認可・承認・指定等を受けた日、事業開始の届出を行った日を記入してください。)	
国家資格等	受験資格コード		
職種名	※各職場の通称ではなく、各法令等の人員配置基準に基づく公的な名称を記入してください。		
業務内容 (該当業務の□に✓を記入してください)	<input type="checkbox"/> 国家資格等に基づく直接対人援助業務 (受験資格コード101~120が対象) <input type="checkbox"/> 相談援助業務 (受験資格コード201~209が対象)		
直接対人援助業務 従事期間 ※業務の開始年月日は国家資格等の 登録年月日以降にしてください。	昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 昭和・平成・令和 年 月 日 〔 年 月 〕 (1か月未満切捨て。病休・育休期間を除く。)		
上記のうち業務に 従事した日数	日 (休日、休暇、病気、退職等で業務に従事しなかった日を除いた日数を記入してください。)		
備考欄			

- (注) ○ **受験申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。** 団体・法人等の証明権限を有する方が記入してください。
- 各欄の記入にあたっては、令和7年度受験要項 P36~37 を参照してください。
 - 国家資格等及び受験資格コードは令和7年度受験要項 P10~P11 (別表1 又は別表2) 又は当財団 HP を参照の上記入してください。
 - 業務の開始年月日は国家資格等の 登録年月日以降 にしてください。
 - 業務については、要援護者に対する直接的な対人援助業務が、当該資格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。国家資格等を有していても、要援護者に対する直接的な対人援助業務でない教育業務、研究業務、営業、事務等を行っている期間は実務経験には含まれません。
(非該当の例: 社会福祉士が行う介護業務(介護職員)、訪問介護員の生活援助のみのサービス提供、栄養士が行う献立作成と調理 等)
- ※不正の手段によって当該試験を受け、又は受けようとした場合、合格決定を取り消し、又は受験することを禁止することがあります(介護保険法第69条の31)。又、上記により合格を取り消された場合、介護支援専門員の登録は取り消されます(同法第69条の6第1項第4号)。

実務経験見込証明書記入例

◀この様式は、東京都福祉保健財団ケアマネジャー専用サイト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。▶
 ※実務経験（見込）証明書は、受験する年度の様式で提出をお願いします。
 ※この見込証明書を提出した場合、受験資格に該当する実務経験確定後に、実務経験証明書（P. 38 の様式）を令和 7 年 10 月 20 日（月）までに必ず提出してください。提出がない場合は、受験は無効になります。

問い合わせの際に必要となるため、全ての項目に記入してください。

派遣社員の場合は、派遣元の法人代表者等が証明者となります。

令和 7 年度東京都介護支援専門員実務研修受講試験

実務経験見込証明書

令和 7 年 6 月 20 日

実際の証明日を記入してください。

東京都福祉保健財団 理事長 様

所在地 東京都千代田区千代田 2-3-4
 法人等団体名 (社福) 東京ちよだ会 特別養護老人ホームちよだ苑
 代表者職・氏名 施設長 介護 一郎

担当者氏名 庶務課職員係 福祉 養子
 連絡先電話番号 03-0000-0000 (内線 101)



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。

フリガナ	サイダン ウメコ	生年月日			
受験者氏名	財団 梅子		昭和	平成	49年 6月
施設または事業所	名称	特別養護老人ホーム ちよだ苑			
	所在地	(〒100-0000) (本部・本社の所在地ではなく、勤務先・事業所の所在地を記入してください) 東京都千代田区千代田 2-3-4			
	種別	指定介護老人福祉施設	介護保険・障害福祉サービス提供開始年月日 13700000000		
	施設等開設年月日 (事業開始年月日)	昭和・平成 令和 12年 4月 1日 (許可・認可・承認・指定等を受けた日、事業開始の届出を行った日を記入してください。)			
国家資格等	介護福祉士	受験資格コード	1	1	1
職種名	介護職員 ※各職場の通称ではなく、各法令等の人員配置基準に基づく公的な名称を記入してください。				
業務内容	<input checked="" type="checkbox"/> 国家資格等に基づく直接対人援助業務 (受験資格コード101~120が対象) (該当業務の口には✓を記入してください) <input type="checkbox"/> 相談援助業務 (受験資格コード201~209が対象)				
直接対人援助業務従事期間	昭和・平成 令和 2年 8月 1日 ~ 昭和・平成 令和 7年 10月 12日 ※業務の開始年月日は国家資格等の登録年月日以降にしてください。 [5年 2月] (1か月未満切捨て。病休・育休期間を除く。)				
上記のうち業務に従事した日数	1,122 日 (休日、休暇、病欠、休職等で業務に従事しなかった日を除いた日数を記入してください。)				
備考欄	国家資格等に基づく業務の場合は、資格の登録日以降を記入してください。登録日以前の経験は無効となります。				

重要
見込証明書を提出する方は、受験資格に該当する実務経験確定後に、実務経験証明書（様式 P.38）原本（コピー不可）を **令和 7 年 10 月 20 日（月）当日消印有効** までに必ず簡易書留郵便で提出してください。

重要
実務経験を「見込」で証明する場合は、最長で **令和 7 年 10 月 11 日（土）（試験の前日）** まで算入が可能です。

(注) ○ **受験申込者が自書した** 事項は、必ず記入してください。
 ○ 各欄の記入にあたっては、令和 7 年度受験要項 P.36~37 を参照してください。
 ○ 国家資格等及び受験資格コードは令和 7 年度受験要項 P.10~P.11 (別表 1 又は別表 2) 又は当財団 HP を参照してください。
 ○ 業務の開始年月日は国家資格等の登録年月日以降にしてください。
 ○ 業務については、要介護者に対する直接的な対人援助業務が、当該資格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。国家資格等を有していても、要介護者に対する直接的な対人援助業務でない教育業務、研究業務、営業、事務等を行っている期間は実務経験には含まれません。
 (非該当の例：社会福祉士が行う介護業務(介護職員)、訪問介護員の生活援助のみのサービス提供、栄養士が行う献立作成と調理 等)
 ※不正の手段によって当該試験を受け、又は受けようとした場合、合格決定を取り消し、又は受験することを禁止することがあります(介護保険法第 69 条の 31)。又、上記により合格を取り消された場合、介護支援専門員の登録は取り消されます(同法第 69 条の 6 第 1 項第 4 号)。

受験申込者が自書すると無効になります。

《この様式は、東京都福祉保健財団ケアマネジャー専用サイト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。》

【注意】同一の期間に複数の施設・事業所等に所属（かけもち）している場合に限り必要です。

※従事期間に見込み日数が含まれている場合は、受験資格に該当する実務経験確定後、令和7年10月20日（月）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。提出がない場合は、受験は無効になります。

令和7年度東京都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

公益財団法人東京都福祉保健財団 理事長 様

所在地
法人等団体名
代表者職・氏名

担当者氏名
連絡先電話番号



下記の者が受験資格に係る業務に従事した日数を次のとおり証明します。

施設・事業所名称	年月を記入し、受験資格該当業務に従事した日に○印をつけて下さい。																															計		
受験者氏名	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	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
	年	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21											

《コピーをして使用してください。》

※この様式は令和7年度申込書提出後から合格発表までの間に変更が生じた場合に使用してください。

令和7年度東京都介護支援専門員実務研修受講試験

記載事項変更届

令和 年 月 日

フリガナ		受験番号
氏名		
電話番号 (自宅・携帯)	() -	

※氏名欄は、受験申込時の氏名を記入してください。

※受験番号欄は、受験票を受けとった後にこの変更届を提出する場合に、ご記入ください。

※変更箇所

1. 氏名

旧氏名		新氏名	
フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ
(姓)	(名)	(姓)	(名)

※確認のため、氏名変更の経過がわかる**戸籍抄本（原本）**を添付してください。

2. 住所（月 日 転居（予定））

旧住所	新住所
〒 □□□-□□□□	〒 □□□-□□□□
住所フリガナ	住所フリガナ
住所フリガナ	住所フリガナ
電話番号 () -	電話番号 () -

※この変更届提出とあわせて、**最寄りの郵便局に「転居届」**を提出してください。

※電話番号、携帯電話番号のみの変更の場合もお知らせください。

3. その他の変更

旧:(変更事項:)	新

◆送付先

〒163-0701 新宿区西新宿2-7-1 新宿第一生命ビル内郵便局留
公益財団法人東京都福祉保健財団 人材養成部 介護人材養成室 ケアマネ試験担当 行

※本変更届は、簡易書留郵便でお送りください。なお、普通郵便で送られた場合の郵便事故等による未着、誤送については、一切責任を負えませんので、ご了承ください。

※P.49にある宛名ラベルを切りとって市販の封筒に貼付し使用してください。

(様式2) 《コピーをして使用してください。》

診断・意見書 (視覚障害関係)

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

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

東京都指定試験実施機関
公益財団法人東京都福祉保健財団

(様式3) 《コピーをして使用してください。》

診断・意見書 (聴覚障害関係)

氏名：	昭和 ・ 平成 年 月 日生				
住所：					
診断名					
現 症	(1) 聴力 (会話音域の平均聴力レベル)				
	<table border="1"><tr><td>右</td><td>d B</td></tr><tr><td>左</td><td>d B</td></tr></table>	右	d B	左	d B
	右	d B			
	左	d B			
(2) 障害の種類					
<table border="1"><tr><td>伝音声難聴</td></tr><tr><td>感音声難聴</td></tr><tr><td>混合性難聴</td></tr></table>	伝音声難聴	感音声難聴	混合性難聴		
伝音声難聴					
感音声難聴					
混合性難聴					
	(3) 聴力以外の障害・その他参考となる経過・現症				
上記のとおり診断する。					
令和 年 月 日					
病院又は診療所の名称					
所在地					
診療担当科目	科 医師氏名 印				

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

東京都指定試験実施機関
公益財団法人東京都福祉保健財団

(様式4) 《コピーをして使用してください。》

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	体幹の機能障害 (特に座位補助能力等)、上肢の機能障害 (特に筆記能力等) その他参考となる経過・現症

参考事項 (医師が該当する項目の数字を○で囲んでください。)

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

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

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

東京都指定試験実施機関
公益財団法人東京都福祉保健財団

(様式5) 《コピーをして使用してください。》

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。）

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

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

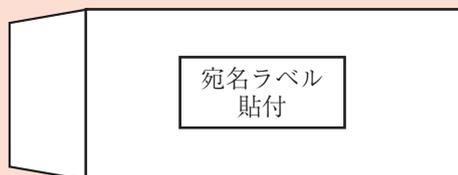
東京都指定試験実施機関
公益財団法人東京都福祉保健財団

※受験申込書は、別添の「受験申込」専用封筒を使用してください。

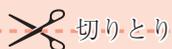
この宛名ラベルは「見込確定書類」や「記載事項変更届」等送付の際に切りとって市販の封筒に貼付し使用してください。



角2サイズ封筒



長3サイズ封筒



切りとり

〒 163-0701

東京都新宿区西新宿 2-7-1 新宿第一生命ビル内郵便局留

公益財団法人東京都福祉保健財団

人材養成部 介護人材養成室 ケアマネ試験担当 行 (担当者: _____)

令和7年度東京都介護支援専門員実務研修受講試験提出書類在中



切りとり

〒 163-0701

東京都新宿区西新宿 2-7-1 新宿第一生命ビル内郵便局留

公益財団法人東京都福祉保健財団

人材養成部 介護人材養成室 ケアマネ試験担当 行 (担当者: _____)

令和7年度東京都介護支援専門員実務研修受講試験提出書類在中



切りとり

〒 163-0701

東京都新宿区西新宿 2-7-1 新宿第一生命ビル内郵便局留

公益財団法人東京都福祉保健財団

人材養成部 介護人材養成室 ケアマネ試験担当 行 (担当者: _____)

令和7年度東京都介護支援専門員実務研修受講試験提出書類在中