

受験票

試験区分 社会福祉士・介護支援専門員・主任介護支援専門員	
受験番号※	
試験日時※	令和 年 月 日 : ~ :
ふりがな	
氏名	
生年月日	
昭和・平成 年 月 日生	

※ は、記入しないでください。

写真は 縦4.5cm×横3.5cm 上半身脱帽、 正面向で3ヶ月以内に 写したもの

社会福祉法人 平群町社会福祉協議会

□ 第1次試験：希望される日時を、1つ選択してください。（○を記入）

令和6年11月10日（日）	A	9:00～12:30
	B	13:30～17:00
令和6年11月11日（月）	A	9:00～12:30
	B	13:30～17:00
令和6年11月12日（火）	A	9:00～12:30
	B	13:30～17:00

1. 第1次試験：試験日時 ※

令和6年11月 日（ ）		: ~ :
--------------	--	-------

2. 試験場所

平群町保健福祉センター プリズムめぐり

奈良県生駒郡平群町西宮2-1-6

3. 受験心得

- 当日は必ず上記の時刻の15分前までに集合してください。
- 受験の際には本票がないと受験できませんので、忘れずに携行してください。
- 試験場では試験係員の指示に従って行動してください。

← その指示に従わない者、又は不正行為のあった者は退場させられます。

○職員への対応

- 希望される日時の確認を行い、□※の欄に必要事項を記入し、受験番号を取得する。
- 受験者に内容を確認してもらい、了承を得た上で署名をいただく。
- この票をコピーし（事務局で保管）、原本を受験者にお渡しする。

切り取ってください

氏名	
----	--