

**\* 申込み期限:平成29年11月20日(月) 15時必着**

受付番号	
TEL確認日時	月 日 時 分

**第30回 介護福祉士国家試験模擬試験 受験申込書**

社会福祉法人神奈川県社会福祉協議会  
かながわ福祉人材研修センター 宛

平成29年 月 日

**FAX:045-313-0737**

◇ 受講者情報についてお聞かせください。

フリガナ	
氏名	

受講可否通知等の送付先に「○」

自宅
----

所属先
-----

ご自宅 住所・電話番号	〒	
	TEL	日中連絡先 <b>※必須</b>

所属先名称		
住所・電話番号	〒	
	TEL	FAX

**※EPA候補者の方は、下記の項目に○をつけてください。**

EPA候補者
--------

※試験問題は、中央法規出版 介護福祉士全国統一模擬試験第1回を使用します。

\* 必要事項を記入の上、FAXにて申込みください。

**\* FAX送信後、必ず確認のお電話をください。お電話での確認をもちまして、受付完了とさせていただきます。**

**※番号のお間違えないように、今一度ご確認をお願いいたします。**

* (申込み先):	(福)神奈川県社会福祉協議会 かながわ福祉人材研修センター 福祉研修センター	FAX:045-313-0737 TEL:045-311-1429
-----------	---	--------------------------------------

※①先着順ですので、期日前でも定員になり次第、締め切らせていただきます。

②申込者人数が合計20名に達しなかった場合、模擬試験を実施しないことがありますので、ご了承ください。

\* 複数のお申し込みの際は、この用紙をコピーして、1人1枚でお申込みください。