

【上級】介護技能実習評価試験 受検申請書(新規・再受検)

両面印刷(表面)

(介護技能実習評価試験実施機関)
一般社団法人シルバーサービス振興会 理事長 殿

申請日(西暦) 年 月 日

介護技能実習評価試験の受検を下記のとおり申請します。(外国人技能実習機構の受検手続支援サイトを利用している)

(新規・再受検)どちらかに移動して、○をつけてください。

受検1回目は「新規」、2回目は「再受検」に「○」を付けてください。

上級では、実務経験期間(48か月)経過後に申請してください。

1. 受検者(技能実習生)

カタカナ氏名

下枠内に受検者(技能実習生)の在留カードを鮮明にコピーして貼り付けてください。
・カラー・白黒どちらでも可。拡大コピーしても可。顔写真がある表面のみ貼付
・顔写真部分および在留カード番号、その他文字が鮮明に映っているものに限り。不鮮明な場合は受付できません。

在留カード(表面)コピー 貼付欄
※顔写真、文字が鮮明なものに限り。

上級は、実技は必須ですが、学科は任意となりますので、受検希望科目を必ず確認してください。受検料振込後の「学科及び実技」→「実技」への変更の場合、受検料の返金はいたしかねます。

2. 受検級等

受検級	<input checked="" type="checkbox"/> 上級	受検科目 (該当にチェック)	<input type="checkbox"/> 学科及び実技 <input type="checkbox"/> 学科のみ <input type="checkbox"/> 実技のみ
【専門級試験】受検番号		入国日	(西暦) 年 月 日
第1号技能実習開始日*	(西暦) 年 月 日	第3号技能実習開始日	(西暦) 年 月 日
実習中断期間 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 一旦帰国(※技能実習計画に基づく) <input type="checkbox"/> その他:理由[]	【通算期間】	日

専門級受検の受検番号を記入してください。

第1号は実習実施者配属日、第3号は実習開始日を記入してください。

*「第1号技能実習開始日」は、事業所・施設で実習を開始した日付を記入してください。(入国後講習期間は含まれません。)

技能実習計画における一旦帰国や、技能実習生の都合等により、技能実習の継続が困難となり実習を休止・中断していた期間の合計日数を記載してください。

3. 実習実施者及び事業所・施設 *事業所種別は別表1にてご確認ください。

実習実施者 名称	(法人名)		
事業所・施設 (試験実施場所) 名称・所在地	(事業所・施設名)	事業所 種別	
	〒 都 道 府 県		
	(TEL)		
窓口担当者氏名 (フリガナ)	所属部署・役職名	メールアドレス	実技試験の立ち会い者 (フリガナ)

受検者が実習している事業所(実習実施者)の連絡先を記載してください。事業所種別は1つのみとなります。外国人技能実習機構に登録しているサービス種別の番号を記載してください。

技能実習指導員または実習実施者側の職員を1名記入してください(監理団体職員は不可)。

*試験キットの送付先になります。

*実技試験の立ち会い必須。
試験当日の変更は可、事前連絡不

4. 受検申請者

監理団体名 (企業型の場合は企業名)	電話番号
所在地	〒 都 道 府 県
調整担当者 氏名	(フリガナ) メールアドレス (1つのみ)

・企業単独型の場合は、実習実施者に置き換えます。
・監理団体が支部を有し、その支部が受検者を監理している場合には、監理団体の本部名と支部名の両方を記入してください。

申請書類に不備があった場合の返却先となります。

両面印刷(裏面)

5. 調整担当者(受検日時の日程調整を行う者)

いずれか1つに チェック	<input type="checkbox"/> 4. 受検申請者、3. 実習実施者の両方で行う	左記にチェックがあるメールアドレス宛に、試験実施機関から日程調整の依頼メールを送信します。その後、試験評価者の調整担当者と日程調整を行っていただきます。
	<input type="checkbox"/> 3. 実習実施者の窓口担当者が行う (依頼メールの写しは監理団体も送信されます)	
	<input type="checkbox"/> 4. 受検申請者の調整担当者が行う	

・(表面)に記載の監理団体、実習実施者より選出してください。

6. その他(受検に関する留意事項があれば記載)

--

・受検に際して、何か特段の配慮が必要な場合は、こちらに記入してください。必要性について事務局で勘案し、対応します。
・特に無ければ空欄にしてください。

受検申請者 申告欄

下記の申告内容をご確認いただき、記名・押印のうえ申請してください。すべての申告欄にチェックがない場合は申請は受理できません。

1	本受検申請書の記載内容は、事実と相違ないことを報告します。万が一、受検申請書への記載間違いなどにより、介護技能実習評価試験が適正に実施されなかった場合、本受検の試験結果は無効となることを理解しています。	はい <input type="checkbox"/>
2	上級受検の受検申請は、介護職種の技能実習生として48ヶ月以上の実務経験実績が必須であることを理解しています。	はい <input type="checkbox"/>
3	本受検申請書の記載内容及び添付資料の不備事項によって受検申請書が受理されない場合、試験実施機関ではいかなる理由においても申請書類の加筆・修正が出来ないことを理解しています。また、再提出に伴い送料等が発生する場合は受検申請者が負担することを約します。	はい <input type="checkbox"/>
4	受検申請者が受検者(技能実習生)に代わって受検申請手続きを行うこと、受検者(技能実習生)の個人情報を試験実施機関(一般社団法人シルバーサービス振興会)に提供することについて、受検者(技能実習生)の同意を得ています。	はい <input type="checkbox"/>
5	試験実施機関(一般社団法人シルバーサービス振興会)が、受検申請者を経由して受検者(技能実習生)に受検票を発行することについて、受検者(技能実習生)の同意を得ています。	はい <input type="checkbox"/>
6	受検申請者は、受検料の支払いを行うほか、試験評価者の移動にかかる費用が2,648円(内消費税240円)を超える場合は、その超過分を支払うことを約します。また、受検のキャンセル等により、交通機関等のキャンセル料等が生じた場合についても、その費用を支払うことを約します。	はい <input type="checkbox"/>

(受検申請者名称)

受検者から同意を得たうえで受検申請を行ってください。

(役職名・代表者名)



提出書類確認欄

下記の書類全てが揃っていることを確認のうえ、書留にてご送付ください。

1	介護技能実習評価試験受検申請書 (本紙・在留カードの鮮明なコピーを貼付)	提出確認		
2	介護技能実習評価試験受検申請書の写し(本紙の表面コピー)	提出確認		