

受 験 票

試 験 区 分	
社会福祉士・介護支援専門員	
受 験 番 号 ※	
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

1. 試験日時

令和6年1月14日（日）

午前9時00分～午後12時30分

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

受 験 心 得

1. 当日は必ず上記の時刻までに集合してください。
2. 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。
3. 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。

←

切り取ってください