

看護師国家試験合否結果報告書

【受入れ施設】

受入れ施設名称 _____

受入れ施設住所 _____

受入れ施設代表者職氏名 _____

担当者職氏名 (連絡先電話番号) _____ ()

【受け入れている看護師候補者】

| | | | |
|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 氏名 (アルファベット氏名) | () | () | () |
| 国籍 | | | |
| 性別 | 男 | 女 | 男 |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 | 西暦 年 月 日 | 西暦 年 月 日 |
| 受入れ者番号 | | | |
| 外国人登録番号 | 第 号 | 第 号 | 第 号 |
| 就労開始年月日 | 西暦 年 月 日 | 西暦 年 月 日 | 西暦 年 月 日 |
| 受験日 | 西暦 年 月 日 | 西暦 年 月 日 | 西暦 年 月 日 |
| 受験地 | | | |
| 受験番号 (合否) | (合・否) | (合・否) | (合・否) |

※ 合格の場合、看護師国家試験合格証の写しを添付すること

社団法人国際厚生事業団 殿

今般、当機関受入れの上記の者が看護師国家試験を

受験したので結果をご報告いたします。

年 月 日

受入れ機関名称

受入れ機関住所

代表者職氏名

連絡先電話番号

担当者職氏名

(受付番号)

() 枚のうち () 枚目

介護福祉士国家試験合否結果報告書

【受入れ施設】

受入れ施設名称(施設種別) _____ ()
 受入れ施設代表者職氏名 _____
 担当者職氏名(連絡先電話番号) _____ ()

【受け入れている介護福祉士候補者】

| | | | | |
|----------------------|------------|------------|------------|------------|
| 氏名 (アルファベット氏名) | () | () | () | () |
| 国・籍 | | | | |
| 性別 | 男 | 女 | 男 | 女 |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 | 西暦 年 月 日 | 西暦 年 月 日 | 西暦 年 月 日 |
| 受入れ者番号 | | | | |
| 外国人登録番号 | 第 号 | 第 号 | 第 号 | 第 号 |
| 就労開始年月日 | 西暦 年 月 日 | 西暦 年 月 日 | 西暦 年 月 日 | 西暦 年 月 日 |
| 受験日 | 西暦 年 月 日 | 西暦 年 月 日 | 西暦 年 月 日 | 西暦 年 月 日 |
| 受験地 | | | | |
| 受験番号(合否) | (合・否) | (合・否) | (合・否) | (合・否) |
| 介護福祉士登録番号 (登録年月日) | (西暦 年 月 日) | (西暦 年 月 日) | (西暦 年 月 日) | (西暦 年 月 日) |

※ 合格の場合、介護福祉士国家試験合格証の写しを添付すること

社団法人国際厚生事業団 殿

今般、当機関受入れの上記の者が介護福祉士国家試験を受験したので結果をご報告いたします。

年 月 日

受入れ機関名称
 受入れ機関住所
 代表者職氏名
 連絡先電話番号
 担当者職氏名

(受付番号)

介護福祉士養成課程修了結果報告書

【受入れ施設】

受入れ施設名称 _____

受入れ施設代表者職氏名 _____

担当者職氏名（連絡先電話番号） _____ (_____)

【受け入れている介護福祉士候補者】

| | | | |
|-------------------------|------------|------------|------------|
| 氏名 (アルファベット氏名) | (_____) | (_____) | (_____) |
| 国籍 | | | |
| 性別 | 男 | 女 | 男 |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日 | 西暦 年 月 日 | 西暦 年 月 日 |
| 受入れ者番号 | | | |
| 外国人登録番号 | 第 _____ 号 | 第 _____ 号 | 第 _____ 号 |
| 就学開始年月日 | 西暦 年 月 日 | 西暦 年 月 日 | 西暦 年 月 日 |
| 修了年月日 | 西暦 年 月 日 | 西暦 年 月 日 | 西暦 年 月 日 |
| 卒業時共通試験得点 (試験実施後の措置) | (_____) | | |
| 介護福祉士登録番号 (登録年月日) | (西暦 年 月 日) | (西暦 年 月 日) | (西暦 年 月 日) |

社団法人国際厚生事業団 殿

今般、当機関受入れの上記の者が介護福祉士養成課程を
修了したので報告いたします。

年 月 日

受入れ機関名称
受入れ機関住所
代表者職氏名
連絡先電話番号
担当者職氏名

(受付番号)

就労施設報告書

【受入れ施設(養成施設記載欄)】

受入れ施設名称 _____

受入れ施設代表者職氏名 _____

担当者職氏名(連絡先電話番号) _____

【受け入れている介護福祉士候補者】

| | | | | | | | | | | |
|-------------------|-----|--|---|--|---|---|---|--|--|---|
| 氏名 (アルファベット氏名) | () | | | | | | | | | |
| 国籍 | | | | | | | | | | |
| 性別 | 男 | | | | | 女 | | | | |
| 生年月日 | 西暦 | | 年 | | 月 | | 日 | | | |
| 受入れ者番号 | | | | | | | | | | |
| 外国人登録番号 | 第 | | | | | | | | | 号 |
| 就労開始予定年月日 | 西暦 | | 年 | | 月 | | 日 | | | |
| 就労施設名称 | | | | | | | | | | |
| 就労施設住所 | | | | | | | | | | |
| 代表者職氏名 | | | | | | | | | | |
| 連絡先電話番号 | | | | | | | | | | |
| 担当者職氏名 | | | | | | | | | | |

①介護福祉士登録証の写し 及び ②雇用契約書の写し を添付すること

社団法人国際厚生事業団 殿

今般、当機関受入れの上記の者の就労先が決定しましたので報告いたします。

年 月 日

(就労施設記載欄)

受入れ機関名称

受入れ機関住所

代表者職氏名

連絡先電話番号

担当者職氏名

(養成施設記載欄)

受入れ機関名称

受入れ機関住所

代表者職氏名

連絡先電話番号

担当者職氏名

(受付番号)

() 枚のうち () 枚目