

## 受 験 票

受験する職種 ケアマネジャー		受験番号	※
フリガナ 氏 名		性別 男 ・ 女	<div>写 真</div> <div>縦 4.5cm × 横 3.5cm</div> <div>受験申込前6か月以内に撮影した脱帽・上半身正面向きのもので本人と確認できるもの (申込書と同一の写真)</div>
生年月日 年 月 日(満 歳)			
※受付印	最終学歴(学校名)  年 月 卒業・卒業見込		

注意 裏面にも記載事項があります。

## 試験会場

摂津市立保健センター3階リハビリ室  
摂津市南千里丘5番30号

〈 最 寄 駅 〉

- ・ 阪急摂津市駅徒歩1分
- ・ JR千里丘駅徒歩10分

試験日 令和8年1月11日(日)

受付時間: 午前9時から9時30分

開始時間: 午前9時30分

〈お問い合わせ先〉

(一財) 摂津市保健センター

摂津市南千里丘5番30号

TEL: 06-6381-1710

