

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	<p style="text-align: center;">写 真</p> <p>縦 4.5cm × 横 3.5cm</p>
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	

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)

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

