

申出書

令和4年10月20日

私は、下記により令和4年度介護支援専門員実務研修受講試験の受験手数料の返金を希望します。

記

受験者氏名（フリガナ）

島根 太郎（シマネ タロウ）

受験番号（7桁）

1290001

生年月日（和暦）

昭和45年9月1日

住所

〒690-8501 島根県松江市殿町1番地

連絡先電話番号

0852-22-5204

※返金希望理由に最も近いものを一つ選択（必須）

- 試験当日に新型コロナウイルス感染症の陽性者として療養していた
- 試験当日に37.5度以上の発熱があった
- 試験当日に「健康チェック票」の項目のいずれかに症状有であった
- 試験当日に新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者として自宅待機していた
- 試験日の数日前に新型コロナウイルス感染症の陽性者と接触があり、濃厚接触者の定義に当てはまっていた