

書類 (FAX) 送付状

全国社会保険労務士会連合会 試験センター 殿

FAX送信先番号＝03－6225－4883 (お間違えのないようお願いいたします)

受験資格 ・ 免除資格 照会 について (該当に○を付します)

標記について、別紙のとおり仮の証明書を作成いたしましたので、受験資格等の有無について、事前確認をお願いいたします。

送信年月日： 年 月 日 送信枚数： 枚 (この用紙を含む)

照会者氏名： 受験資格照会の場合の受験資格コード：

連絡先電話： 聴覚・言語等障害の有無 有 (有りの場合のみ○)

送信書類 実務経験証明書 (受験資格用・免除資格用)、専修学校修了者受験資格証明書
(該当に○)

(その他：)

◎事前確認 (照会) についての同意

- a. この事前確認の照会者は、ここに記載する全てに同意いたします。
- b. この照会者は、原則として社会保険労務士試験の受験申込みを希望する本人です。
- c. 証明書の確認事項は、標記の「受験資格照会」又は「免除資格照会」です。
- d. この事前確認時点では、証明印を押印していない場合があります (実際の受験申込み時には証明印を押印します)。
- e-1. 回答は、平日 (土・日曜日、祝日、年末年始を除く) 9:30~12:00、13:00~17:30 の間に電話でご連絡ください。日中連絡の取れる連絡先電話は、上部に記載のとおりです (e-2. に該当しない場合)。
- e-2. 聴覚・言語に障害があり、電話での応答ができないので、FAXによる回答をお願いします (FAX番号は、上部に記載の連絡先電話のとおりです) (e-1. に該当しない場合)。
- f. 照会内容によっては、回答までに時間を要する場合がありますことを承知いたします。
- g. 発信日から起算して2週間が経過した場合は、状況の確認のため電話照会いたします。
- h. 照会内容によっては、この様式以外の書類を提出いたします。この場合は、その旨ご指示ください。
- i. 証明書の氏名と現在の氏名が相違している場合は、証明書余白欄にこの旨を記載しています (実際の受験申込み時には申込み前3か月以内に発行される個人事項証明書 (戸籍抄本・原本) を提出します)。
- j. この事前確認は、受験希望者の便宜を図るために実施されるものであり、受験資格等の回答内容が保証されているものではないことを承知いたします。
- k. 実際の受験申込み時における証明書類等の取扱いについては、受験申込み時点の「社会保険労務士試験受験案内」の記述に従います。
- l. 提出する書類は、受験資格等の事前確認に使用され、返却されないことを承知いたします。
- m. FAX送信に係る通信料又は、郵送の場合における切手代は、照会者が自己負担いたします。

○事前確認を「郵送」で行う方についても、この用紙を記入のうえ、証明書に同封してください。