

第45回(令和8年度)社会保険労務士試験
試験科目免除指定講習申込書

			申込年月日 (西暦)		年 月 日	
ふりがな 氏 名			生年 月 日 (西暦)	年 月 日生 (満 歳)	男 女	(写真貼付欄) 1. 受験の申込み前6ヶ月以内に撮影した背景無地、無帽、正面向、肩から上が写った縦45mm・横35mmでふちの無いものを貼って下さい。 2. 写真が不鮮明なもの、顔の部分が小さいもの等、受講用として不適当なものは受理できません。 3. 写真裏面には、住所、氏名を記入した上で、全面のりづけして下さい。
住 所	〒 —		電話 () 携帯 ()			
教 材 等 送 付 先	〒 —		電話 ()			
(教材等の送付を上記「住所」以外へ希望する場合のみご記入ください。)						
受講希望 科 目 (番号を○で囲む)	1. 労災法 2. 雇保法 3. 徴収法 4. 厚年法 5. 国年法 6. 一般常識 上の科目について、受講料_____円を添えて申し込みます。					

従事期間（事業主の確認を受けてください。退職された方も同様です。）※裏面をご確認の上ご記入下さい。

雇用・勤務形態 (①、②それぞれの 該当に☑を付す)	①雇用形態 ☐ 正社(職)員 ☐ 派遣社(職)員 ☐ 役員 ☐ 期間契約社(職)員・嘱託社(職)員 ☐ パート・アルバイト	②勤務形態 ※非常勤の場合は契約書に基づく1週あたりの 労働時間を記入 ☐ 常勤 ☐ 非常勤 (_____ h)
事業所等名・ 所属部署名	従事した事務内容	従事期間（西暦）
		(合計) 年 か月

事業所等の所在地
 事業所等の電話番号
 事業所等の名称

年 月 日

証明者(事業主等・氏名) 事業主印

※事業主印の省略について 事業主印は省略できる場合があります（裏面参照）。

＜個人情報取扱いについて＞ 受講申込書によりご提供いただいた個人情報は、当会の個人情報保護方針に基づき、安全に管理し、保護の徹底に努めます。個人情報は、当講習の実施に関わる受講者名簿等の資料の作成に利用させていただきます。その他法令に基づく場合等を除き、個人情報を第三者に開示、提供することはありません。

領 収 年 月 日	領 収 金 額	受 講 番 号
年 月 日	円	第 号

(この太枠内は記入しないでください。)

＜従事期間記入上の留意事項＞

- (1) 複数の事業所等の従事期間を通算して証明する場合、それぞれの事業所ごとに確認が必要です。
- (2) 複数の事業所等の従事期間を通算して証明する場合、従事期間欄に記入しきれない場合は、本申込書（記入面のみ）をコピーしてご使用ください。
- (3) 従事期間欄は、事業所等名・所属部署名・従事した事務内容・従事期間を古い順に詳しく記入してください。
- ①「雇用・勤務形態」は、該当するものに✓を付してください。なお、臨時雇いの場合、1週の労働時間によっては、免除資格となる従事期間に該当しない場合がありますので、ご注意ください。また、勤務形態に変更があった場合は、必ずその旨を「従事した事務内容」欄に明記してください。
- ②「事業所等名・所属部署名」は、部・課・係名まで記入してください。（例：～事務所△△部□□課○○係）
なお、合併等により勤務先の名称が変わっている場合は、必ずその旨を申込書の「従事した事務内容」欄に明記して下さい。（例：「○○○○年 A事務所とB事務所は、合併によりC事務所となる。」、「△△△年 D事務所はE事務所に名称変更した。」など。）
- ③「従事した事務内容」は、単に「○○法の施行事務」、「△△保険に関する事務全般」、「労働保険事務一式」と記入せず、社会保険労務士事務所において社会保険労務士の補助者として、あるいは労働社会保険諸法令に基づいて設立された団体の役員及び従業者として行う労働社会保険法令事務の具体的な内容（例：「○○保険の適用に関する事務」、「△△年金の裁定請求審査」、「事業所の臨検監督業務」等）を記入してください。
なお、「総務、庶務、会計、調度等物品の調達、各種契約、物品・施設・財産等の管理、システム機器等の発注・管理・運用、ソフトの発注・開発・運用、各種集計・統計調査、広報、業務・サービスの充実・改善、各部署等の調整連絡などの部署若しくは業務」は、従事（免除対象）期間から除外（減算）されます。
- ④-1「従事期間」において、次のアとイの従事期間は通算されません。
- ア. 社会保険労務士事務所の補助者
イ. 労働社会保険諸法令に基づいて設立された団体の役員又は従業者（受講案内1頁②参照）
- ④-2「従事期間」は、所属部署ごとに記入してください（○○○○年□月～△△△△年○月（○年△か月））。
1月に満たない端数は、切り上げて1月として計算してください。また、休職、産前・産後休暇、育児介護休業期間は、業務を行っていないことから、免除対象期間から減算されます。
- ⑤「事業主印」は、代表者（任命権者）又は事業主のものであることが必要です。なお、勤務していた事業所等が消滅している場合は当時の代表者、事業主、役員、上司等のうち**2名以上の証明が必要**です（証明の方法がご不明な場合はお問合せください）。申込書の証明者欄には、以下の事項を記載してください。
- ①証明者の現住所、②証明者の電話番号、③消滅する前の事業所名、④消滅する前の役職（所長、会長、理事など）、⑤氏名、⑥証明者の印（証明者の個人印を押印）
- 【「事業主印」の省略について】
- 従事期間については、事業主の証明（事業主印）を必要としますが、免除指定講習の、①講習修了証、②受講申込書、③郵便局振替払込請求書兼受領証（但し、②、③については直近過去3年以内のものに限ります。）のいずれかの写しの添付で、事業主印（事業主の確認）が省略できます。
- (4)「講習申込書」は、国家試験申込時の「実務経験を証明する書面」とはなりません（「講習申込書」に記載いただく「従事した事務内容・期間等」は、本講習の受講資格者であるか否かを確認するためのものです）。
- (5) 上記「(3)④-1 イ」の該当者は、従事した部署・事務内容等によっては免除資格者に該当せず、本講習を修了しても免除とならない（国家試験の申込みの日までに従事期間が15年に達しない）場合があります。実務経験において不明瞭な点は、本講習の申込前にあらかじめ試験センター（<https://www.sharosi-siken.or.jp>）へ免除資格の確認を行ってください（本講習を受講・修了後、免除申請を行った結果、免除認定がされない場合であっても当方は責任を負いかねますので十分ご注意ください。）。