認知症ライフパートナー検定試験®【受験申込書】

冬期検定日:**2017年12月10日(日)** 申込受付期間:**2017年8月7日(月)〜10月30日(月)**
会場:**【2・3級】札幌／秋田／仙台／水戸／東京／長野／名古屋／大阪／岡山／松山／福岡／熊本**
【　1級　】札幌／東京／名古屋／大阪／福岡

1 申込書に必要事項を記入し FAXまたは郵送して下さい。
(郵送する場合は申込書のコピーを大切に保管してください)

2 申込書送付後、**1週間以内**に受験料をお支払い下さい。

3 受験票は**11月27日(月)**に全国一斉発送いたします。

【注意!】申込受付期間外に到着した申込みは無効になります。予めご注意ください。

※当協議会から受験料の払込票は発行しませんのでご注意ください。
※本検定試験にお申込みをされた方は、別紙「受験要項」の全ての内容に同意しているものとみなします。
※お身体の障害などで、会場設備や受験の際に配慮が必要な場合には、お申込みいただく前に当協議会 検定事務局までご連絡ください。
※太枠内は必須項目ですので、必ずご記入ください。必須項目が未記入の場合、内容確認のご連絡をさせていただく場合があります。
※1級受験を希望される方は、認知症ライフパートナー2級の合格者番号の記入が必要です。記入がない方は無効になります。
※認知症ライフパートナー2級(旧:応用検定)の合格者番号がわからない方は、検定事務局(TEL.03-5388-4134)までお問い合わせください。

受験種別	☐ **3級**(5,500円) ☐ **2級**(8,800円) ☐ **3級／2級併願**(14,300円)	☐札幌 ☐秋田 ☐仙台 ☐水戸 ☐東京 ☐長野 ☐名古屋 ☐大阪 ☐岡山 ☐松山 ☐福岡 ☐熊本
	☐ **1級**(12,000円)	☐札幌 ☐東京 ☐名古屋 ☐大阪 ☐福岡 2級合格者番号 ＿＿＿－＿＿＿－＿＿＿＿＿ ※1級受験の方は、2級(旧:応用検定)の合格者番号を記入してください。
ふりがな		
氏　名		性別 男・女　生年月日 西暦　年　月　日(例:1970年1月1日)
自宅住所 ※勤務先住所不可	〒　－　都道府県　市区町村 ※マンション名・建物名等も必ずご記入ください。	
TEL		FAX
携帯番号		E-mail　@

【注意!】受験料のお振込の際、振込名義人に「受験者の生年月日の、月と日」と、「受験者氏名」を必ず記載してください。
例)6月2日生まれの場合:0602-山田太郎
※払込手数料はご負担ください。

振込予定日	年　月　日	振込先
振込名義人	＿＿＿＿－＿＿＿＿ (※払込受領証は受験票が届くまで大切に保管してください。)	【銀行振込】三菱東京UFJ銀行　西新宿支店 普通口座　0052326 一般社団法人 日本認知症コミュニケーション協議会 【郵便振替】口座記号番号　00150-2-763616 一般社団法人 日本認知症コミュニケーション協議会

※申込締切日(10月30日(月))間近でお申込みをされた場合、受験料を 11月6日(月) までに必ず入金してください。期日までに入金がない場合は無効になります。

次のアンケートにご協力ください。　※該当箇所にチェックを入れてください。

① 職業は何ですか。一番近いものをひとつ選択してください。
☐会社員 ☐公務員・団体職員 ☐介護・福祉 ☐医療・看護 ☐教育・研究 ☐建設業 ☐自営業 ☐学生 ☐専業主婦 ☐その他(　　)

② 当協議会のどのような活動に興味がありますか。(複数可)
☐講演会 ☐セミナー ☐検定試験 ☐会員交流会 ☐研究会 ☐認知症に関する情報 ☐認定制度 ☐その他(　　)

③ 受験の動機は何ですか。一番近いものをひとつ選択してください。
☐家族介護の知識習得のため ☐認知症一般に関する知識習得のため ☐自己啓発のため ☐就職(転職)活動のため
☐勤務先からの紹介 ☐学校からの紹介(学校名:　　) ☐業務上必要なため ☐その他(　　)

④ 当協議会を知った最初の媒体を選択してください。(複数選択可)
☐新聞(媒体名:　　) ☐テレビ ☐ラジオ ☐専門誌・雑誌 ☐ブログ ☐書店 ☐当協議会ホームページ
☐当協議会主催のイベント ☐知人からの紹介 ☐検索サイト(　　) ☐SNS(　　) ☐その他(　　)

⑤ すでにお持ちの資格があれば教えてください。(複数選択可)
☐介護福祉士 ☐社会福祉士 ☐精神保健福祉士 ☐介護支援専門員 ☐ホームヘルパー ☐医師 ☐看護師 ☐保健師 ☐福祉住環境コーディネーター
☐福祉用具専門相談員 ☐作業療法士 ☐認知症ケア専門士 ☐認知症サポーター ☐認知症ケア指導管理士 ☐認知症ライフパートナー
☐臨床心理士 ☐理学療法士 ☐言語聴覚士 ☐園芸療法士 ☐音楽療法士 ☐管理栄養士 ☐教員 ☐その他(　　)

※ご記入いただいた情報は、当協議会の運営・管理及び今後の情報提供以外には使用いたしません。

1708W JADECC

一般社団法人
日本認知症コミュニケーション協議会 検定事務局
〒151-0053 東京都渋谷区代々木1-57-2-1004　http://www.jadecc.jp
FAX:03-3370-8061
TEL:03-5388-4134