

# 認知症ライフパートナー検定試験®【受験申込書】

夏期検定日:2018年7月15日(日) 申込受付期間:2018年3月12日(月)~6月11日(月)

会場:札幌 / 秋田 / 仙台 / 水戸 / 東京 / 金沢 / 名古屋 / 大阪 / 岡山 / 松山 / 福岡 / 熊本

【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。

**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7月2日(月)に  
全国一斉発送いたします。

※当協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、お申込み頂く前に当協会 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きます。

受験種別	<input type="checkbox"/> 3級 (5,500円) <input type="checkbox"/> 2級 (8,800円) <input type="checkbox"/> 3級/2級併願 (14,300円)		
受験会場	<input type="checkbox"/> 札幌 <input type="checkbox"/> 秋田 <input type="checkbox"/> 仙台 <input type="checkbox"/> 水戸 <input type="checkbox"/> 東京 <input type="checkbox"/> 金沢 <input type="checkbox"/> 名古屋 <input type="checkbox"/> 大阪 <input type="checkbox"/> 岡山 <input type="checkbox"/> 松山 <input type="checkbox"/> 福岡 <input type="checkbox"/> 熊本		
ふりがな			
氏名	性別	男・女	生 年 日 西 暦      年 月 日 (例:1970年1月1日)
自宅住所 ※勤務先 住所不可	〒 ー 都 道 市 区 府 県 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)8月2日生まれの場合:0802-山田太郎

※払込手数料はご負担ください。

振 込 日	年 月 日	振込先	【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
振 込 人	ー		【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

(※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。)

※申込締切日(6月11日(月))間近でお申込みをされた場合、受験料を【6月18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。 ※該当箇所には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    当協会ホームページ  
 当協会主催のイベント    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。

