

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:2018年12月9日(日) 申込受付期間:2018年8月6日(月)~10月29日(月)

会場:【2・3級】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
【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26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きます。
- ※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	<input type="checkbox"/> 3級 (5,500円) <input type="checkbox"/> 2級 (8,800円)	<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"/> 3級/2級併願 (14,300円)	<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
	<input type="checkbox"/> 1級 (12,000円)	<input type="checkbox"/> 札幌 <input type="checkbox"/> 東京 <input type="checkbox"/> 名古屋 <input type="checkbox"/> 大阪 <input type="checkbox"/> 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 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 【銀行振込】三菱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
振込人	(※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。)	

※申込締切日(10月29日(月))間近でお申込みをされた場合、受験料を11月5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。

1808W 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