

# 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:2020年7月19日(日) 申込受付締切日:6月8日(月)

会場:札幌 / 仙台 / 東京 / 名古屋 / 大阪 / 岡山 / 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。

<b>1</b> 申込書に必要事項を記入し FAXまたは郵送してください。 (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)	<b>2</b> 申込書送付後、 1週間以内に受験料を お支払いください。	<b>3</b> 受験票は7月6日(月)に 全国一斉発送いたします。
--	---	---------------------------------------

※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。

※一度お振込みいただいた受験料の返金および次回受験への振替は認められません。

※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。

受験種別	<input type="checkbox"/> 3級 (6,000円) <input type="checkbox"/> 2級 (9,800円) <input type="checkbox"/> 3級/2級併願 (15,800円)					
受験会場	<input type="checkbox"/> 札幌 <input type="checkbox"/> 仙台 <input type="checkbox"/> 東京 <input type="checkbox"/> 名古屋 <input type="checkbox"/> 大阪 <input type="checkbox"/> 岡山 <input type="checkbox"/> 福岡 <input type="checkbox"/> 熊本					
ふりがな						
氏名	性別	男・女	生 月 日	西暦	年	月 日
自宅住所 ※勤務先 住所不可	〒 ー 都 道 市 区 府 県 町 村					<small>※受験会場の詳細は、 受験票でお知らせします。</small>
TEL	FAX					
携帯番号	E-mail		@			
<small>※マンション名・建物名等も必ずご記入ください。</small>						

【注意!】受験料お振込みの際、振込名義人に「受験者の生年月日の月と日(数字4ケタ)」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

※振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					【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
<small>(※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。)</small>					

※申込締切日【6月8日(月)】間近でお申込みをされた場合、受験料を【6月15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1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1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・管理および今後の情報提供以外には使用いたしません。

