

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:2021年12月12日(日) 申込受付期間 8月16日(月)~11月8日(月)

会場:[2・3級]札幌/仙台/東京/名古屋/大阪/岡山/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)	2 申込書送付後、 1週間以内に受験料を お支払いください。	3 受験票は11月29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 (6,000円) <input type="checkbox"/> 2級 (9,800円)	<input type="checkbox"/> 札幌 <input type="checkbox"/> 仙台 <input type="checkbox"/> 東京 <input type="checkbox"/> 名古屋	<input type="checkbox"/> 3級/2級併願 (15,800円)	<input type="checkbox"/> 大阪 <input type="checkbox"/> 岡山 <input type="checkbox"/> 福岡 <input type="checkbox"/> 熊本
	<input type="checkbox"/> 1級 (14,000円)	<input type="checkbox"/> 札幌 <input type="checkbox"/> 東京 <input type="checkbox"/> 名古屋	2級合格者 番 号	
ふりがな	※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。			
氏 名	性別	男・女	生 年 日	西 暦 年 月 日
自宅住所 ※勤務先 住所不可	〒	—	都 道 府 県	市 区 町 村
TEL	FAX	※マンション名・建物名等も必ずご記入ください。		
携帯番号	E-mail	@		

【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」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	(※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。)		【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(11月8日(月))間近でお申込みをされた場合、受験料を11月12日(金)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。

