

認知症アクティビティ・ケア専門士 実務研修【受講申込書】

1 申込書に必要事項を記入しFAXまたは郵送して下さい。 <small>(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)</small>	2 お申込みから1週間以内に選択日の確定と受講料の振込先のご連絡をいたします。	3 1週間以内に当協議会指定口座へ受験料をお支払い下さい。	4 振込時期にかかわらず 2月24日(金) より受講票を順次発送いたします。
--	--	--------------------------------------	--

※当協議会から受講料の払込票は発行しませんのでご注意ください。
 ※本実務研修にお申込みをされた方は、別紙「受講要項」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、会場設備や受講の際に配慮が必要な場合には、お申込み頂く前に当協議会 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。**

受講種別	認知症アクティビティ・ケア専門士 3級：第6期				
ふりがな					
氏名	性別	男・女	生 年 日	西 曆	年 月 日
自宅住所 ※勤務先住所不可	〒	—	都 道		市 区
			府 県		町 村
<small>※マンション名・建物名等も必ずご記入ください。</small>					
TEL		FAX			
携帯番号		E-mail	@		

受講条件は「認知症ライフパートナー検定試験」3級・2級・1級いずれかの合格者です。合格証記載の合格者番号を記入して下さい。

認知症ライフパートナー合格者番号	:	-	:	-	:	:	:	:
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---

下記の選択日一覧より希望日をそれぞれ数字で記入してください。第3希望まで記入してください。									
園芸療法		3月15日(水)		4月12日(水)	音楽療法		3月15日(水)		4月12日(水)
		3月29日(水)		4月19日(水)			3月29日(水)		4月12日(水)
		4月5日(水)		4月26日(水)			3月29日(水)		4月26日(水)

次のアンケートにご協力ください。	<small>※該当箇所にチェックを入れてください。</small>
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。 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員・団体職員 <input type="checkbox"/> 介護・福祉 <input type="checkbox"/> 医療・看護 <input type="checkbox"/> 教育・研究 <input type="checkbox"/> 建設業 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 専業主婦 <input type="checkbox"/> その他()	
② 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。 <input type="checkbox"/> 家族介護の知識習得のため <input type="checkbox"/> 認知症一般に関する知識習得のため <input type="checkbox"/> 自己啓発のため <input type="checkbox"/> 就職(転職)活動のため <input type="checkbox"/> 勤務先からの紹介 <input type="checkbox"/> 学校からの紹介(学校名:) <input type="checkbox"/> 業務上必要なため <input type="checkbox"/> その他()	
③ 当協議会のどのような活動に興味がありますか。(複数可) <input type="checkbox"/> 講演会 <input type="checkbox"/> アクティビティ・ケアに関する体験実習 <input type="checkbox"/> 実務研修 <input type="checkbox"/> 認知症ライフパートナーの交流会 <input type="checkbox"/> 事例発表会 <input type="checkbox"/> その他()	
④ 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) <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> 認知症ケア専門士 <input type="checkbox"/> 認知症サポーター <input type="checkbox"/> 認知症ケア指導管理士 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 福祉住環境コーディネーター <input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 認知症ライフパートナー <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 園芸療法士 <input type="checkbox"/> 音楽療法士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 教員 <input type="checkbox"/> その他()	
<small>※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。</small>	

NACS06-WEB

お問合せ・資料請求