

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。
(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 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**8月28日(月)**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7期				
ふりがな		性別	男・女	生 年 日	西 暦 年 月 日
氏 名					(例:1970年1月1日)
自宅住所 ※勤務先住所不可	〒	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		@	

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	9月13日(水)	10月4日(水)	音楽療法	9月13日(水)	10月4日(水)
	9月27日(水)	10月25日(水)		9月27日(水)	10月18日(水)

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 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()

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)
 講演会 アクティビティ・ケアに関する体験実習 実務研修 認知症ライフパートナーの交流会 事例発表会 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)
 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 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
 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。