

# 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:2022年12月11日(日)

申込締切日 11月7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28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"/> 3級/2級併願 (15,800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"/> 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 <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 月 日 西 暦                    年   月   日 <small>(例:1970年1月1日)</small>
自宅住所 ※勤務先住所不可	〒      一	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7日(月))間近でお申込みをされた場合、受験料を **11月14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。