

(2020年9月1日現在)

各 位

一般社団法人日本認知症ケア学会
理事長 繁 田 雅 弘
認知症ケア上級専門士認定委員会
委員長 中 村 祐

第12回認知症ケア上級専門士認定試験 実施方法について

標記試験は下記のとおり実施する予定ですが、新型コロナウイルス感染症の影響により、試験形式を web 形式（インターネット上での試験）に変更する場合がございます。予めご了承ください。なお、受験申請期間・方法について変更はございません。

記

【試験実施概要（現行）】

試験日時：2020年12月6日（日）13:30～14:30

*受験時間延長者：13:20～14:40

試験地：東京，大阪（選択された会場で受験）

試験形式：筆記形式／マークシート式・五者択一

【スケジュール（予定）】

実施項目	日 程
受験申請期間	2020年9月1日（火）～30日（水）
受験票投函予定日	2020年10月30日（金）
認知症ケア上級専門士認定試験実施日	2020年12月6日（日）
試験結果発表	2021年1月14日（木）
認知症ケア上級専門士登録申請	2021年1月18日（月）～2月1日（月）
認知症ケア上級専門士認定（資格取得）	2021年4月1日（木）～

【注意事項】

- ・2020年度の本試験は「実地形式（試験会場での試験）」もしくは「web形式（インターネット上での試験）」のいずれかの方法で実施いたします。中止の予定はございません。
- ・試験形式を web 形式（インターネット上での試験）に変更する場合は、10月下旬までに書面および本学会ホームページにて詳細をお知らせします。

以上

受験番号

※事務局使用欄

【様式 1】

第 12 回認知症ケア上級専門士認定試験受験申請書

ふりがな							<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>写真貼付欄</p> <p>4×3cm</p> <p>正面・脱帽・上半身</p> </div> <p>【注意事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> * 写真の裏面に必ず氏名を記入 * 6か月以内の写真を貼付 * 画質が荒く不鮮明なものは不可
氏名							
専門士 No.							
生年月日 (西暦)	年		月		日		
希望受験地	※ 希望する受験地を左の欄に記入 「東京」または「大阪」						
緊急連絡先	TEL :				※ 試験会場で緊急事態が起こった際、近親者等との連絡に使用しますので、自身の携帯電話番号は記入しないでください。		

----- 切り取らず提出してください -----

連絡先住所 (受験票、結果通知等の送付先)	<p>認知症ケア専門士として登録されている連絡先に送付します</p> <p>※ 認知症ケア専門士として登録されている連絡先を変更する場合は、必ず【様式 A】登録事項変更届」を提出してください。</p>	
日中連絡先	TEL :	※ 日中に連絡がとれる番号を記入してください。

受験料「払込金受領証 (コピー)」貼付欄

受験料の払い込み後に、払込金受領証のコピーをこの枠内に貼り付けてください。払込金受領証のコピーの貼り付けがなく、入金を確認できない場合は申請を受理できません。

※ ATM を利用する場合は、発行されるご利用明細票のコピーを貼り付けてください。

口座番号 : 00160-0-781575

払込金受領証 (ご利用明細票) を紛失された場合は、以下に払い込み日を記入してください。

受験料払込日	年	月	日
--------	---	---	---

上記と関係書類を添え、第 12 回認知症ケア上級専門士認定試験に申し込みます。

年 月 日

認知症ケア上級専門士認定委員会 殿

氏 名 _____ (印)

認知症ケア専門士 取得単位表貼付用紙

取得単位表貼付欄

専門士取得単位表は、認知症ケア専門士公式サイト
「取得単位確認サイト」から印刷することができます。

- 取得単位表を枠内に貼付してください。

【見本】取得単位表 実寸：B5 サイズ（182×257mm）

日本認知症ケア学会 取得単位表(20××/4/1～20××/3/31)			
専門士番号	1 2 3 4 5 6 7	合計取得単位数	31 単位
氏名	認知 太郎		
日付	大会・雑誌・講座名等	領域	単位数
20××/××/××	第〇回日本認知症ケア学会大会	領域Ⅰ	8
20××/××/××	認知症ケアplus 講義受講4	領域Ⅱ	1
20××/××/××	認知症ケアplus 講義受講1	領域Ⅱ	1
20××/××/××	認知症ケアplus 講義受講5	領域Ⅱ	1
20××/××/××	認知症ケアplus 講義受講3	領域Ⅱ	1
20××/××/××	認知症ケアplus 講義受講2	領域Ⅱ	1
20××/××/××	第〇回教育講演	領域Ⅱ	5
20××/××/××	第〇回××セミナー	領域Ⅱ	5
20××/××/××	第〇回日本認知症ケア学会大会	領域Ⅰ	8

257mm

182mm

専門士取得単位表で本認定試験の受験資格*を満たす場合は、【様式3】を提出する必要はありません。

*受験資格は、受験の手引（→P.2）にてご確認ください

第12回認知症ケア上級専門士受験資格単位・発表申請書

必要な方のみ提出してください。参加・発表を証明する資料1件につき1枚、本様式を使用してください。

ふりがな 氏名							生年月日
	(印)						年 月 日
認知症ケア 専門士 No.							

認定コード * 学会・講座等認定コード表参照					単位種別 下記の□欄のいずれかにレ印を付してください。			※
					<input type="checkbox"/> 参加	<input type="checkbox"/> 発表者・座長・講師		
					<input type="checkbox"/> 筆頭者	<input type="checkbox"/> 共著者		
					<input type="checkbox"/> 地方自治体等が主催する研修会等の講師活動など			

参加・発表等を証明する資料
(参加証または参加費の領収書等のコピー)
貼付欄

- * 学会・講座等認定コード表は、認知症ケア専門士公式サイトにて閲覧および印刷が可能です。
- * 機関誌等へ発表された論文については、掲載された機関誌等名称・発行日・論文の内容が分かる箇所（抄録等）のみをコピーし貼付してください。掲載論文すべてを添付する必要はありません。
- * 認知症ケアに関する地方自治体等が主催する研修会等での講師活動および、地域での相談活動は、1回につき1枚の申請書が必要となります。なお、申請可能な単位数は各年最大5単位までとなります（毎年4月1日～翌年3月31日を1年間とする）。

専門士取得単位表で本認定試験の受験資格を満たす場合は、本様式を提出する必要はありません。

受験番号

※事務局使用欄

可 / 不可

【様式4】

認知症ケア上級専門士研修会受講修了証書（コピー）貼付用紙

ふりがな 氏名							生年月日	
	(印)						年	月
認知症ケア 専門士 No.								

認知症ケア上級専門士研修会受講修了証書のコピー

貼付欄

*受講修了証書のコピーは折って貼付してください。

紛失された場合は、以下にチェックを入れてください。

受講修了証書を紛失

年 月 日

認知症ケア専門士 施設内研修等修了証明書

必要な方のみ提出してください。 施設・団体・機関等の責任者が記入・捺印をしてください。

認知症ケア上級専門士認定委員会 殿

施設・団体・ 機関等名称	
住 所	〒
T E L	
責任者 氏 名	印

次の者が、以下のとおり当施設・団体・機関等において開催した認知症ケアに関する研修等を修了したことを証明します。

フリガナ		性 別	1. 男 2. 女
専門士氏名		生 年 月 日	(西暦) 年 月 日
開催日時*	(西暦) 年 月 日	:	～ :
研修等名称			
参加対象者		参加者数	名
研修内容			

(注意) 1. 記入事項を訂正する場合は、必ず証明権限を有する責任者の職印(訂正印)でご訂正ください。修正液等で訂正したものは無効となりますので、ご注意ください。

2. 認知症ケアに関する研修等を証明してください。

<申請される研修会ごとに本様式を1枚ずつご使用ください。複数必要な場合は、コピーしてお使いください>

送付先宛名

下記の点線を切り取り，申請書類の送付先宛名として封筒に貼り付けて使用してください。

切手をお貼り
ください。
書留郵便でな
ければ受け付
けません。

1 6 2 0 8 2 5

**簡
易
書
留**

封入書類チェックリスト (封入した様式にチェックしてください)		
	様式	申請書類
<input type="checkbox"/>	1	認定試験受験申請書
<input type="checkbox"/>	2	取得単位表貼付用紙
<input type="checkbox"/>	3	受験資格単位・発表申請書
<input type="checkbox"/>	4	上級専門士研修会受講修了証書
<input type="checkbox"/>	5	施設内研修等修了証明書
<input type="checkbox"/>	A	登録事項変更届
<input type="checkbox"/>	B	受験配慮申請書

東京都新宿区神楽坂4-1-1 オザワビル
(株) ワールドプランニング内
一般社団法人日本認知症ケア学会事務センター
「認知症ケア上級専門士認定委員会」係 行

氏 名	(ふりがな)	認知症ケア専門士 No.					
住 所	〒 都 道 府 県						

受験番号

※事務局使用欄

【様式A】

年 月 日

登録事項変更申請書

氏 名	(ふりがな)	生年月日
	Ⓜ	(西暦) 年 月 日
認知症ケア 専門士 No.		

氏 名	変更前		【専門士証(カード)の再発行】 氏名を変更した方は、認知症ケア専門士「更新の手引」に沿って、専門士証(カード)の再発行の手続きを行ってください *専門士証(認定証)の再発行は任意となります
	変更後		
連絡先	変更後	1. 自宅 2. 勤務先	
勤務先 名 称	変更後		
勤務先 住 所	変更後	〒 _____	
		TEL :	E-mail :
		FAX :	URL :
自 宅 住 所	変更後	〒 _____	
		TEL :	FAX :

年 月 日

認知症ケア上級専門士認定委員会 殿

ふりがな 氏名							生年月日	
	印						年	月
認知症ケア 専門士 No.								

一般社団法人日本認知症ケア学会
第12回認知症ケア上級専門士認定試験受験配慮申請書

標記について、下記の理由により次の配慮を希望いたします。

記

	希望配慮 (希望配慮項目に○印, □欄にはレ印を付してください)	診断書の提出
1	点字による試験問題および解答 (試験時間: 80分)	→ 不要
2	試験問題の拡大・解答の拡大 □ 試験問題 (115%拡大) □ 解答用紙 (数字記入)	
3	板書にて伝達事項の通知 理由:	
4	受験室までの誘導 希望誘導内容:	→ 必要 診断書等のコピーの添付をお願いします。
5	受験時間の延長 (試験時間: 80分, 点字による試験希望者除く) 配慮理由:	

*補助器(補聴器, 拡大鏡等)の持ち込みについては, 受験配慮申請書の提出は不要です。

*上記以外の配慮希望等がある方は, 日本認知症ケア学会事務センターまでお問い合わせください。