＊太枠内は記入しないでください

【様式A】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日 | 年　　月　　日 | 承認日 | 年　　月　　日 | 承認番号 |  |

年　　月　　日

認知症ケア専門士単位認定　申請書

一般社団法人日本認知症ケア学会

認知症ケア専門士認定委員会　御中

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 主催者  氏　名 |  |
| 所属先名称 |  |
| 連絡先区分 | １．所属先　　２．自宅 （○印を付してください） |
| 連絡先住所 |  |
| T E L |  |
| F A X |  |

所定の申請書類を添え，下記の講座の認知症ケア専門士単位認定を申請いたします．

記

開催する講座名：

会　　　　　期：自

　　　　　　　　至

計　　時間　　分（休憩時間内　　分）

講座開催計画書

【様式B】

|  |  |
| --- | --- |
| １．趣旨および目的 | 認知症ケアとの関連がわかるように講座開催の目的を記入してください |

|  |  |
| --- | --- |
| ２．プログラム | 講座の進行に沿って時間，講演タイトル等を記入してください |

|  |  |
| --- | --- |
| ３．開催場所 | 使用する会場，所在地を記入してください |

会　場：

所在地：〒

|  |  |
| --- | --- |
| ４．開催主体の記入 | 主催，後援，共催等の団体を記入してください |

主　催：

後　援：

共　催：

|  |  |
| --- | --- |
| ５．問い合わせ先 |  |

団体名：

所在地：

TEL：

FAX：

URL：

E-mail：

担当者：

|  |  |
| --- | --- |
| ６．参加対象者等概要 | 募集地域，対象者区分，予定参加人数（見込で可），参加費を記入 |

対象地域：

対 象 者：

参加人数：

参 加 費：

|  |  |
| --- | --- |
| ７．本学会での広報 | 広報の可否を記入（記入がない場合は希望しないものとします） |

本学会での広報（newsletter，本学会HPへの掲載）を

□希望する

□希望しない

年　　月　　日

【様式C】

「●●●●●●（講座名を記入）」の後援依頼

一般社団法人日本認知症ケア学会

理事長　繁　田　雅　弘　殿

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 主催者  氏　名 |  |
| 所属先名称 |  |
| 連絡先区分 | １．所属先　　２．自宅 （○印を付してください） |
| 連絡先住所 |  |
| T E L |  |
| F A X |  |

記

標記，講座に対して一般社団法人日本認知症ケア学会のご後援をお願い申し上げます．

以上

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 収支予算書  【様式D】   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 収入項目 | 金額 | 備考 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | 合計 |  |  | | 支出項目 | 金額 | 備考 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | 合計 |  |  | |