

受験番号

※事務局使用欄

【様式 1】

※要コピー2部

第 17 回認知症ケア上級専門士認定試験受験申請書

関係書類を添え、第 17 回認知症ケア上級専門士認定試験に申し込みます。

ふりがな							写真貼付欄 4×3cm 正面・脱帽・上半身 【注意事項】 * 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						

連絡先住所 (受験票、結果通知等の送付先)	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 ※連絡先を変更する場合は、「【様式A】登録事項変更申請書」を提出してください。	
TEL		※ 日中に連絡がとれる番号を記入してください。
E-mail		

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、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

加入者名：日本認知症ケア学会上級専門士委員会

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

受験料払込日

年 月 日