

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

認知症ケア専門士公式サイト「取得単位確認サイト」から印刷した取得単位表（A4）を次の図のように折り、枠内に貼付してください

【図】 単位票貼付見本

単位数 ※記入しないでください

【様式Ⅱ】

認知症ケア専門士 取得単位表貼付用紙

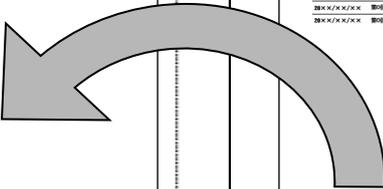
取得単位表貼付欄

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 1234567 合計取得単位数 31 単位

氏名 認知 太郎

日付	大会・研修・講座名等	種別	単位数
20××/××/××	第9回日本認知症ケア学会大会	研修Ⅰ	6
20××/××/××	認知症ケアplus 講義受講4	研修Ⅱ	1
20××/××/××	認知症ケアplus 講義受講1	研修Ⅱ	1
20××/××/××	認知症ケアplus 講義受講5	研修Ⅱ	1
20××/××/××	認知症ケアplus 講義受講3	研修Ⅱ	1



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	1234567	合計取得単位数	31 単位
氏名	認知 太郎		
日付	大会・研修・講座名等	種別	単位数
20××/××/××	第9回日本認知症ケア学会大会	研修Ⅰ	6
20××/××/××	認知症ケアplus 講義受講4	研修Ⅱ	1
20××/××/××	認知症ケアplus 講義受講1	研修Ⅱ	1
20××/××/××	認知症ケアplus 講義受講5	研修Ⅱ	1
20××/××/××	認知症ケアplus 講義受講3	研修Ⅱ	1
20××/××/××	第9回研修講義	研修Ⅱ	5
20××/××/××	研修××××××	研修Ⅱ	5
20××/××/××	第9回日本認知症ケア学会大会	研修Ⅰ	6

認知症ケア専門士 参加・発表申請用紙

参加・発表等を証明する資料1件につき1枚本様式を使用してください。複数枚必要な場合は、コピーしてお使いください。

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

ご自身の更新申請期間にご提出ください

更新申請期間以外に提出した場合、返却します

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

参加・発表等を証明する資料には、次の情報が必要です

<講座等参加>

講座名, 開催年月日, 主催団体名, 参加者名

<発表>

掲載誌名, 発行年月日, 発行元, 発表者名, 発表内容が分かるもの
(タイトル等)

地方自治体等が主催する研修会等の講師活動を証明するには次の情報が必要です

<講師活動等>

講座名, 開催年月日, 主催団体, 講師名

本様式に複数枚貼付された場合、専門士単位が正しく加算されないことがあります
複数申請される場合は、コピーしてお使いください

※事務局使用欄

認定コード	単位種別	確認	○/×	単位数	開催年月日	E-No.
	<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講師活動など				/ /	
					/ /	
					/ /	
認定コード	単位種別	確認	○/×	単位数	開催年月日	E-No.
	<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講師活動など				/ /	
					/ /	
					/ /	
認定コード	単位種別	確認	○/×	単位数	開催年月日	E-No.
	<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講師活動など				/ /	
					/ /	
					/ /	
認定コード	単位種別	確認	○/×	単位数	開催年月日	E-No.
	<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講師活動など				/ /	
					/ /	
					/ /	
認定コード	単位種別	確認	○/×	単位数	開催年月日	E-No.
	<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講師活動など				/ /	
					/ /	
					/ /	

※事務局使用欄	認定コード	単位種別	単位数	開催年月日	E-No.
		<input type="checkbox"/> 参加 <input type="checkbox"/>		/ /	

【様式Ⅳ】

認知症ケア専門士 施設内研修等修了証明書

(施設・団体・機関等の責任者が記入・捺印をしてください)

ご自身の更新申請期間にご提出ください

更新申請期間以外に提出した場合、返却します

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 殿

施設・団体・機関等名称	
住所	〒
TEL	
責任者氏名	(印)

次の者は、以下のとおり当施設・団体・機関等において開催した研修等を修了したことを証明します。

ふりがな		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)で訂正してください。修正液等で訂正したものは無効となりますので、注意してください。

2. 認知症ケアに関する研修等を証明してください。

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

認知症ケア専門士 更新保留申請書

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 殿

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

下記の理由により認知症ケア専門士資格更新の保留（1年間）を申請します。

記

いずれかの理由を選択し、欄にチェックを入れてください。

- 規定の単位数（30 単位）に満たないため
* 理由の記入および証明書類の貼付は必要ありません
- その他

理 由	
-----	--

* 単位取得が困難な理由を証明する書類がある場合は本書と一緒に提出してください

※更新保留を希望する場合は、本書のみを以下の送付先に簡易書留にて提出してください。更新料の払込みは不要です。

【送付先】一般社団法人日本認知症ケア学会事務センター「認定委員会」係
〒162-0825 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

更新申請書・更新保留申請書の送付先宛名

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。『更新申請書・更新保留申請書の送付先宛名』は、認知症ケア専門士公式サイト「必要書類ダウンロード」から印刷することも可能です。

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

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
「認定委員会」係 行

封入書類チェックリスト
(必ずチェック☑してください)

<input type="checkbox"/>	様式Ⅰ	資格更新申請書
<input type="checkbox"/>	様式Ⅱ	取得単位表貼付用紙
<input type="checkbox"/>	様式Ⅲ	参加・発表申請用紙
<input type="checkbox"/>	様式Ⅳ	施設内研修等終了証明書
<input type="checkbox"/>	様式Ⅴ	更新保留申請書
<input type="checkbox"/>	様式A	登録事項変更申請書

* 保留者は様式Ⅴのみ提出してください

氏 名	(ふりがな)	専門士 No.				
住 所	〒	都 道				
		府 県				

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						
	変更後	<p>【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</p> <p>* 専門士証(認定証)の再発行は任意となります</p>					
連絡先/ 書類送付先	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

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 殿

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

ホームページ掲載申請書

日本認知症ケア学会ホームページへの掲載および項目の追加を希望します。

◆専門士検索

掲載する項目にチェックを付してください。

氏名・ふりがな 勤務先名称 勤務先住所 勤務先 TEL 勤務先 FAX

◆施設検索（認知症ケア専門士のいる施設・団体の検索）*勤務先責任者の記名捺印が必要です

掲載する項目にチェックを付してください。

勤務先名称 所在地 勤務先 TEL 勤務先 FAX 勤務先 E-mail URL

勤務先 名 称	
責任者 氏 名	印

ホームページ掲載取り消し申請書

日本認知症ケア学会ホームページへの掲載取り消しを希望します。

(掲載を取り消す項目にチェックを付してください。)

「専門士検索」画面に掲載されている下記項目を非公開にします。

掲載項目すべて 勤務先名称 勤務先住所 勤務先 TEL 勤務先 FAX

「認知症ケア専門士のいる施設検索」画面に掲載されている下記項目を非公開にします。

掲載項目すべて 所在地 勤務先 TEL 勤務先 FAX 勤務先 E-mail
 URL

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 殿

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

認知症ケア専門士証（カード・証書） 再発行申請書

下記（□欄にチェック）の再発行を申請します。

記

- 認知症ケア専門士カード *上級含む 1,000 円
 認知症ケア専門士証（証書） 1,000 円
 認知症ケア上級専門士証（証書） 1,000 円

再発行手数料「郵便振替払込請求書兼受領証（コピー）」貼付欄

払込み後に発行される「郵便振替払込請求書兼受領証（または、ご利用明細票）」のコピーをこの枠内に貼り付けてください。

*紛失した方は次の枠に入金した年月日を記入してください。

払い込み年月日	年 月 日
---------	-------

郵便局備え付けの払込取扱票に次の事項を記入のうえ、払込みください。

口座番号：00130-7-578468

加入者名：認知症ケア専門士認定委員会

通 信 欄：①再発行の旨 ②専門士番号 ③氏名・ふりがな

※更新・保留申請時に再発行申請書の提出は不要です。更新確定者には、新たな認定期間を記載した認知症ケア専門士証（カード・認定証）をお送りします。更新・保留申請時に本様式を同封された場合、現在お持ちの認知症ケア専門士証（カード・認定証）が再発行されますのでご注意ください。

【送付先】一般社団法人日本認知症ケア学会事務センター「認定委員会」係
〒162-0825 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