

講座等の認知症ケア専門士単位認定について

開催する講座（その他企画／学術集会除く）を認知症ケア専門士（以下、専門士）単位取得可能講座として認定を希望する場合は、以下の認定条件、注意事項等を確認のうえ開催前に申請してください。

I. 認定条件

1. 申請する講座等の開催時間が1時間以上であること。

* 認定される単位数は開催時間数によって変動します。

開催時間	取得単位数
1時間以上2時間未満	1単位
2時間以上3時間未満	2単位
3時間以上	3単位

2. 一般社団法人日本認知症ケア学会（以下、本学会）が後援であること。

3. 参加者に対して必ず参加証（修了証，領収書でも可）を発行すること。

* 参加者が専門士単位を取得するためには、発行された「参加証」を所定の申請様式に貼付し、本学会認定委員会に送付する手続きが必要となります。（ただし送付できる期間は自身の更新申請期間に限る。）詳細は「更新の手引（P.6）」を確認するか、本学会事務センターへ直接問い合わせるようご案内ください。

【参加証見本】

認定コード：●●●●●●●●
単位：●単位

申請の結果通知とともに
お知らせします

参加証

講座名：「●●●●●●●●」
本講座に参加したことを証明します。
20xx年●月●(日)

一般社団法人日本認知症ケア学会
理事長 ●● ●● 印

■ 記載項目

- ・認定コード
- ・取得単位数
- ・講座名
- ・開催日
- ・団体名
- ・代表者名
- ・印

4. 講座終了後、報告書および参加証等を提出すること。
5. 本学会認知症ケア専門士認定委員会が、専門士単位認定講座としてふさわしくない内容や行為があったと判断した場合は、事後であっても単位認定を取り消すことがあります。また、本学会は開催する講座に対して一切責任を負いません。

II. 申請書類等

1. 申請書類

様式	書類名	備考
A	単位認定申請書	
B	講座等開催計画書	広報用のチラシ等があれば添付
C	後援依頼	
D	収支予算書	

2. 終了後に提出する書類

書類名	備考
報告書	指定の様式はありません
収支決算書	
参加証明書の見本	参加証明書または領収書の見本

III. 注意事項

1. 既に終了している講座等は申請できません。
2. 申請から結果の通知までに最長で4週間程度を要します。
3. 本学会での広報を希望する場合は、申請書該当欄にチェックを入れてください。
newsletter(認知症ケア事例ジャーナル, 日本認知症ケア学会誌の巻末), 本学会 HP で広報します。なお, newsletter については, 刊行時期等により掲載を見送る場合があります。また, 掲載内容は, ①開催日, ②開催地, ③講座名称, ④主催者, ⑤連絡先 (TEL) です。紙面の都合上 newsletter に「HP の URL」は記載しません。

IV. 提出方法 (どちらかで提出)

1. 郵送 : 〒162-0825 東京都新宿区神楽坂 4-1-1 オザワビル
一般社団法人日本認知症ケア学会 専門士単位認定係 宛
2. E-mail : d-care.senmon@nqfm.ftbb.net

認知症ケア専門士単位認定の申請書作成の注意事項等

I. 認知症ケア専門士単位認定申請書【様式 A】

1. 主催者名, 所属先, 連絡先住所等の基本情報を記入欄に記入してください.
2. 開催する講座名および開催日, 時間を必ず記入してください. なお, 講座と直接関わらないプログラム(総会等)また休憩時間は開催時間に含まれません.
3. 講座の開催時間(合計)を記入してください.
4. 開催日が複数ある場合は以下のように記入してください.

【記入例】

会 期: 開催日①20xx 年 7 月 24 日(金) 13:00~16:30

会 期: 開催日①20xx 年 7 月 24 日(土) 13:00~16:30

計 7 時間(休憩時間: 1 時間)

*同一内容で連続する(複数日にまたがる場合)講座は, 各日を単独開催の講座として申請することができません. 単位数も別加算はありません.

II. 講座開催計画書【様式 B】

1. 趣旨及び目的の記入
 - ・認知症の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. プログラムの記入
3. 開催場所の記入
4. 開催主体の記入
 - ・開催講座の主催者および後援の団体名を記入してください. その他共催等の団体がある場合はこれも記入してください.
5. 問い合わせ先の記入
 - ・結果(認定の有無)を記載された担当者宛に郵送します.
6. 参加対象者等概要の記入
 - ・募集地域, 対象者区分, 予定参加人数(見込で可), 参加費を記入してください.
7. 本学会での広報(newsletter, HP)の可否
 - ・「希望する」, 「希望しない」のどちらかを選択してください. newsletter(認知症ケア事例ジャーナル, 日本認知症ケア学会誌の巻末), 本学会 HP で広報します. なお, newsletter については, 刊行時期等により掲載を見送る場合があります. また, 掲載内容は, ①開催日, ②開催地, ③講座名称, ④主催者, ⑤連絡先(TEL)

です。紙面の都合上 **newsletter** に「**HP の URL**」は記載しません。

* 記入がない場合は希望しないものとします。

Ⅲ. 後援依頼【様式 C】

- ・「(講座名を記入)」の箇所には【様式 A】に記入した講座名と統一の名称を記入してください。

Ⅳ. 収支予算書【様式 D】

- ・記載項目以外に収支がある場合は記入欄を付加し記入してください。

【様式 A】

*太枠内は記入しないでください

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

20xx 年 6 月 20 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	ニンチ タロウ
主催者 氏 名	認知 太郎 (法人名でも可)
所属先名称	一般社団法人日本認知症ケア学会 (上の欄で法人名を記入した場合は省略可)
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	〒162-0825 東京都新宿区神楽坂 4-1-1 オザワビル
T E L	03-5206-7431
F A X	03-5206-7757

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： 第1回教育講演「●●●●●●●●」

会 期：自 20xx 年 7 月 24 日 (金) 13:00
至 20xx 年 7 月 24 日 (金) 16:30

計 3 時間 30 分 (休憩時間内 30 分)

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: 全国にて募集

対象者: 一般市民も含め介護に携わる全ての方

参加人数: 750 名 (予定)

参加費: 会員 1,000 円 一般 2,000 円 (会員以外)

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

20xx 年 6 月 20 日

「●●●●●●●● (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	ニンチ タロウ
主催者 氏 名	認知 太郎 (法人名でも可)
所属先名称	一般社団法人日本認知症ケア学会 (上の欄で法人名を記入した場合は省略可)
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	〒162-0825 東京都新宿区神楽坂 4-1-1 オザワビル
T E L	03-5206-7431
F A X	03-5206-7757

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

収入項目	金額	備考
会費	600,000 円	1,000 円×600 名
一般	300,000 円	2000 円×150 名
補助金	0 円	
合計	900,000 円	
支出項目	金額	備考
会場費	500,000 円	
設備費	150,000 円	
講師謝礼金	50,000 円	
講師交通・宿泊費	60,000 円	
印刷費	100,000 円	
通信費	30,000 円	
雑費	10,000 円	
合計	900,000 円	