（様式1）

**認知症予防専門士認定試験　受験申請書**

|  |  |
| --- | --- |
| 申 請 年 月 日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| （フ リ ガ ナ）申 請 者 氏 名 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 生年月日（満年齢） | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日　（　　　歳） |
| 性 別 | 男 　・ 　女　　（○を付けて下さい） |
| 所属機関名 |  |
| 日本認知症予防学会会員番号 |  |
| 住　　所 | 現住所　　・　　所属先 |
| 〒 |
| 電話： | ＦＡＸ： |
| メールアドレス： |
| 実務経験 | 通算 　 年 　 ケ月間 |
| 取得単位数 | 単　位 |
| 備考 |  |

（様式2）

**履　歴　書**（令和　　年　　月　　日現在）

写真

縦36-40㎜

横24-30㎜

|  |
| --- |
| ふりがな |
| 氏　　名 |
| 　　　　　年　　月　　日生　（満　　歳）　 | 性別　 |
| ふりがな | 電話 |
| 現住所〒 |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 学　　歴 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

注）学歴は高等学校卒業より記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 職　　歴 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年 | 月 | 資　　格 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

（様式3）

**認知症予防専門士認定試験 実務経験証明書**

　一般社団法人　日本認知症予防学会　理事長 殿

　　　申請者氏名

　　　上記の者は、本施設において、　　 　年 　　 月 から 　　　年　 　月まで

　　従事していたことを証明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　施設名

　　　　　　　　　　　　　所属長名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

その他、特記すべき事項があれば、記入して下さい。

1. 当該施設に従事していた期間を証明して下さい。
2. 複数の施設をまたぐ必要がある場合には、本様式を複写し、前任施設での従事期間も含めて証明して下さい。