

認定認知症領域検査技師制度

第2回認定試験（平成27年度）実施要項

I 期 日 : 平成27年12月19日（土）
受付開始：午前9時30分 詳細はⅧを参照ください。

II 試験会場 :
第1会場 一般社団法人日本臨床衛生検査技師会館
〒143-0016 東京都大田区大森北4-10-7
Tel 03-3768-4722
JR「大森駅」徒歩10分
京急線「大森海岸駅」徒歩15分
第2会場 あべのメディックス
〒545-0051 大阪府大阪市阿倍野区旭町1丁目2番7
Tel 06-6341-6512
JR「天王寺駅」 近鉄南大阪線「阿倍野」駅
地下鉄御堂筋線・谷町線「天王寺」駅 下車5分

※ 受験申請書類の中で受験希望会場を選択できますが、会場定員の関係上、ご希望に沿えない場合があることをあらかじめご了承ください。

III 受験申請料 : 20,000円（審査料を含む）
*受験申請料は当日受験されない場合も一切返金しません。

IV 登録料 : 5,000円
*合格発表後、指定の口座へ納入願います。
合格発表は、平成28年3月頃の見込みです。

V 受験資格 : 以下のすべてを満たす者とします。
1) 一般社団法人日本臨床衛生検査技師会の会員であること。
2) 日臨技生涯教育研修制度を終了していること。
(平成7～26年度修了者)
3) 「資格更新審査基準単位」(別表)の2分の1(50単位)以上の単位を取得していること。

VI 受験申請手順

1) 受験申請書類は、日臨技ホームページの「日臨技認定センター資格情報」(<http://www.jamt.or.jp/studysession/center/index.html>)よりダウンロードしてください。

- 2) 受験者は、受験申請書類（様式1～5）に必要事項を記入し、必要書類を揃えて「日臨技認定センター」宛に郵送してください。
- 3) 受験申請受付開始 : 平成27年10月1日（木）
- 4) 受験申請受付締切 : 平成27年11月13日（金）（必着）
- 5) 受験申請書類提出先 : 〒143-0016 東京都大田区大森北4-10-7
一般社団法人日本臨床衛生検査技師会 「日臨技認定センター」宛
（注）封筒の表に「認定認知症領域検査技師 受験申請書在中」と
朱記してください。

VII 申請時必要書類

- 1) 受験申請書 (様式1)
- 2) 経歴書 (様式2)
- 3) 日臨技生涯教育研修制度修了証書写貼付書 . . . (様式3)
- 4) 審査・受験料振込証明書写貼付書 (様式4)
- 5) チェックリスト（申請者・資格審査委員兼用） . . . (様式5)

VIII 試験日程 : 平成27年12月19日（土）

09:30	～	10:00	(30分)	受付
10:00	～	10:30	(30分)	オリエンテーション
10:30	～	12:30	(120分)	筆記試験（マークシート形式ほか）

IX 試験問題

「認定認知症領域検査技師制度カリキュラム」の範囲から出題されます。
カリキュラムは、
日臨技ホームページ(<http://www.jamt.or.jp/studysession/center/index.html>)
を参照してください。

X 認定技師資格の認定期間

認定資格の認定期間は、試験翌年の4月1日から5年間となります。
（第2回認定は、平成28年4月1日より平成33年3月31日まで）

○認定技師の氏名公表について

この制度による認定技師は、日臨技、各支部、都道府県技師会の活動において、指導的な役割を担っていただくことを目的の一つとしていることから、特に申し出のない限り、会報等に氏名を公表いたします。

○認定更新の際は、日本認知症予防学会の会員であること。もしくは日本認知症予防学会の会員の推薦を受けた者。が更新条件となります。

別 表

「資格更新審査基準単位」

認定認知症領域検査技師の資格更新審査に必要な最低単位数は100単位とし、次の中から取得した単位の合計数をもって審査する。

- | | |
|--|------|
| 1. 予防学会学術大会における認知症領域検査技師講座の修了 | 40単位 |
| 2. 予防学会主催の認知症領域検査技師講座の修了 | 20単位 |
| 3. 日臨技主催の認知症領域検査技師指定講習会の修了 | 30単位 |
| 4. 審議会委員を派遣する認知症関係学会の主催する研修会・講演会の参加 | 10単位 |
| 5. 上記1から4における講師を務めた場合 | 10単位 |
| 6. 日臨技各種認定制度の認定資格保有者 | 20単位 |
| 7. 他法人および他学会主催の認知症領域に関する研修会で、以下の条件すべてに合致している研修会・セミナーへの参加 | 5単位 |
| 〔条件〕 | |
| ・通算講義時間は3時間を超えるもの | |
| ・主催者より日臨技認定センター宛に開催の1ヶ月より前に申請され、審議会委員である日臨技理事により認可されたもの | |
| ・講義参加証明書として修了証書などが発行されること | |
| 8. 予防学会学術集会への参加 | 10単位 |

なお、予防学会が主催する各講座は、当学会の会員でなくても受講できるものとする。

【試験会場地図】

第1会場 日本臨床検査技師会館



第2会場 あべのメディックス



この受験申請書に記載された内容は、申請者の個人情報として認定試験の目的以外には使用しません。

認定認知症領域検査技師制度

第2回認定試験 受験申請書

下記の必要書類を添え、標記試験の受験を申請いたします。なお、以下の申請書等については虚偽のないことを誓います。虚偽の記載があった場合は、2年間の受験資格停止を了承いたします。

1. 受験申請書 (様式-1)
2. 経歴書 (様式-2)
※書面の末尾に施設長又は所属長の証明を得てください。
3. 日臨技生涯教育研修課程修了証書(写) (様式-3)
4. 認定指定講習会参加・資格審査基準単位取得証明書 (様式-4)
5. 審査・受験料振込証明書写貼付用紙 (様式-5)
6. チェックリスト (申請者本人・資格審査委員兼用) (様式-6)
7. 参考提出書 (様式-7)

申請日 平成 年 月 日

日臨技会員番号：

申請者氏名： 印

希望する受験会場 (いずれかに○)：
第1会場 ・ 第2会場

経 歴 書

申請日 平成 年 月 日

日臨技会員番号			糊 付 箇 所		
フリガナ			写 真 貼 付 写真裏面に氏名記入 裏全面 糊付禁止 写真サイズ 約 コ 40mm×タ 50mm		
申請者氏名		(姓)			(名)
ローマ字					
免 許	生年月日	S・H 年 月 日 (歳)			
	臨床検査技師免許番号	取得年月日			
		S・H 年 月 日			
	衛生検査技師免許番号	取得年月日			
		S・H 年 月 日			
自宅住所：〒 都道府県 TEL — — FAX — — e-mail					
勤務施設名 勤務先所在地：〒 都道府県 TEL — — FAX — — e-mail					
職歴1 <臨床検査技師免許取得後の職歴> 合計 年 月					
施設名	年 月	～	年 月	期 間	
	年 月	～	年 月	年 月	
	年 月	～	年 月	年 月	
	年 月	～	年 月	年 月	
	年 月	～	年 月	年 月	
	年 月	～	年 月	年 月	
職歴2 <受験する検査領域における職歴> 合計 年 月					
施設名	年 月	～	年 月	期 間	
	年 月	～	年 月	年 月	
	年 月	～	年 月	年 月	
	年 月	～	年 月	年 月	
	年 月	～	年 月	年 月	
	年 月	～	年 月	年 月	

上記の記載事項に相違ないことを認めます。

施設長・所属長（役職名

）氏 名

印

日臨技生涯教育研修制度 修了証書（写）

日臨技会員番号：

申請者氏名：

この用紙に生涯教育研修制度の修了証書のコピーを貼付してください。

修了証（写） 貼付

認定指定講習会参加、資格審査基準単位取得証明書

日臨技会員番号：

申請者氏名：

この用紙に指定講習会の参加証明書と、資格審査基準単位取得の証明書のコピーを貼付してください。

書類貼付

審査・受験申請料振込証明書

日臨技会員番号：

申請者氏名：

この用紙に、振込用紙・領収書等のコピーを貼付してください。

証明書写 貼付

※ 受験申請料 20,000円を下記口座へお手続きください。

※ 振込手数料は、各自で負担してください。

銀行名／支店名	みずほ銀行 大森支店
口座種類/口座番号	普通預金 1373758
口座名	シャ) ニホンリンショウエイセイケンサギシ カイ ニチリングニンテイセンター

チェックリスト

(申請者本人・資格審査委員兼用)

日臨技会員番号：

申請者氏名：

以下の項目について

受験者自身、チェックし、受験者欄に○印をつけてください。

文書名	様式	チェック事項	受験者 チェック欄	審査員 チェック欄
受験申請書	様式1	自筆の署名と捺印		
経歴書	様式2	写真貼付（鮮明なもの）		
		本人署名・捺印		
		施設長・所属長の役職名及び署名・捺印		
修了証書	様式3	写しの貼付		
指定講習会等	様式4	写しの貼付		
振込証明書	様式5	振込用紙の貼付		
チェックリスト	様式6	本紙		

◎資格審査員コメント欄

参考提出書

日臨技会員番号：

申請者氏名：

本認定試験を受験合格し、認定認知症検査技師として、どのような活動に役立てたいか、
受験動機と将来の抱負などを以下の欄に記入願います（この記入内容は採点に影響しません）。