

# 第30回「認知症予防支援相談士」認定試験

## 【受験願書】

開催日	2026.7.18
希望する試験会場	A : 東京会場(恵比寿社会教育館) B : 大阪会場(大阪府社会福祉会館) C : 名古屋会場(今池ガスビル会議室) D : ネット試験(Word、Excel、zoom必須 メール添付で送受信可能なPC必須)

縦4cm×横3cm

試験会場は、A,B,C,Dいずれかに○印を付けてください。

フリガナ ※	
氏名 ※	
生年月日(西暦)※ 20260401のように 8桁でご記入ください	
郵便番号 ※	
住所 ※	
e-mail ※	◎ネット試験の方は受験に使用する「PCメールアドレス」をご記入ください ◎会場の試験の方も、ご記入ください(不明点を確認することがあります)
携帯電話※	◎不明点がある場合、ショートメールを送らせていただくことがあります
固定電話・FAX	
職業	

ご本人確認のため、必ず「証明写真」を所定箇所に貼ってください。

- 1) 縦4cm×3cmサイズ
- 2) 無帽、正面向きのもの
- 3) 過去3か月以内に撮影のもの
- 4) 不鮮明・不適切な写真は受理できません

※部分は、必ずご記入ください

〒184-0004 東京都小金井市本町1-12-4-202  
一般社団法人 認知症・フレイル予防推進協会 試験センター

[shikencenter@gmail.com](mailto:shikencenter@gmail.com)