第20回「認知症予防食生活支援指導員」認定試験

【受 験 願 書】

縦４ｃｍ×横３ｃｍ

開催日	2026.10.17 （土）
希望する 試験会場	A ：東京会場(千駄ヶ谷社会教育館) B ：大阪会場（大阪府社会福祉会館） 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）

試験会場は、A,B,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