

認定認知症領域検査技師制度

第4回認定試験（平成29年度）実施要項

I 期 日 : 平成29年12月23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 : 東西の2会場で実施（様式-1で受験希望会場を指定）

第1会場 東京海洋大学（品川キャンパス）白鷹館1階講義室
〒108-8477 東京都港区港南4-5-7
Tel 03-3768-4722

第2会場 あべのメディックス
〒大阪市阿倍野区旭町1丁目2番7
Tel 06-6645-3491

※ 第1会場は愛知以東の利用、第2会場は愛知以西の利用を想定します。愛知は移動時間として中間エリアと想定し、第1・第2会場いずれかの利用を想定しています。

※ 受験希望会場は指定できますが、定員の関係上、ご希望に沿えず、事務局より試験会場変更をお願いする場合もございますのでご了承ください。ただし、受験申請の先着順で会場定員を埋めますので、受験申請投函後から1週間を超えて希望変更をお願いすることはありません。

III 受験申請料 : 20,000円（審査料を含む）
*受験申請料は一切返金しません。

IV 登録料 : 5,000円
*合格発表通知後（2月頃）、速やかに指定の口座へ納入願います。
*合格者の登録日は平成30年4月1日となります。

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修了（平成8～28年度）していること。
- 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。
（ただし、制度規則の改正により単位の取得時期で2つの審査基準があるため、別表の適用年度について要確認すること）

VI 受験申請手順

- 1) 受験申請書類は、本実施要領に添付しますが、日臨技認定センター資格情報本制度ページでもダウンロードできます。
<http://www.jamt.or.jp/studysession/center/system07/>
- 2) 受験者は、受験申請書類（様式-1～6）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29年9月1日（金）
- 4) 受験申請受付締切 : 平成29年11月17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) 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書 (様式-5)
- 6) チェックリスト（申請者・資格審査委員兼用）. . . (様式-6)

VIII 試験日程 : 平成29年12月23日（日）

09:30	～	10:15	(45分)	受付
10:15	～	10:30	(15分)	オリエンテーション
10:30	～	12:00	(90分)	選択問題
12:15	～	13:00	(45分)	記述式問題

- * 上記は一部変更となる場合がありますが、筆記試験の開始時刻は10時30分で不変とします。
- * 筆記試験に遅刻した場合は受験とみなされません。受験料は返金されません。
- * 筆記試験は個人単位に筆記を早期終了した場合、会場からの退室を認めますが、終了時刻の10分前からは終了時刻までは会場退室を禁じます。

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。
詳細は、日臨技認定センター資格情報本制度ページ内
<http://www.jamt.or.jp/studysession/center/asset/docs/curriculum.pdf>
を参照してください。

参考文献：認知症予防専門士テキストブック（徳間書店）

X 認定技師資格の認定期間について

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4回認定は、平成30年4月1日より平成35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、日臨技認定センター資格情報本制度ページ内や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であることが更新条件となります。

「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。なお、認定試験の受験に必要な単位は資格更新審査基準単位の必要最低単位数の2分の1以上とする。

別表（平成27年2月25日改正）

※平成29年3月31日までの取得について有効

- | | |
|--|------|
| 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 |

別表（平成29年4月1日改正）

※平成29年4月1日からの取得について有効

- | | |
|--|-------------------|
| 1. 日臨技主催のJSDP技師講座の修了 | 40単位 |
| 2. 日臨技主催の指定講習会の修了 | 30単位 |
| 3. 日臨技主催のJSDPスキルアップセミナーの修了 | 20単位 |
| 4. 日臨技主催のスキルアップセミナーの修了 | 20単位 |
| 5. 日臨技主催の認知症対応力向上講習会A | 30単位（平成29年度開催） |
| 6. 都道府県技師会主催の認知症対応力向上講習会B | 20単位（平成29・30年度開催） |
| 7. 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 |
| 8. 上記1から7における講師を務めた場合 | 10単位 |
| 9. 日臨技各種認定制度の認定資格保有者 | 20単位 |
| 10. 都道府県技師会を含む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承認研修会への参加 | 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承認されたもの
- ・講義参加証明書（修了証書ほか）が発行されること

- 1 1. 予防学会学術集会への参加（参加のみ） 20単位（発表有り） 30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。
- 1 2. 審議会委員である日臨技理事が予め指定する学会・研修会等への参加 5単位
・参加が確認できる参加申込受付票または領収書などが発行されること

認定認知症領域検査技師制度

第4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また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)

申請日 平成 年 月 日

日臨技会員番号：

申請者氏名：

印

受験希望会場： 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					印
ローマ字		(姓)			(名)
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 <担当検査分野における職歴> 合計 年 月					
担当検査分野名	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	

上記の記載事項に相違ないことを認めます。

施設長または所属長（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

申請者自身がチェックして申請者欄に○印をつけてください。

文書名	様式	チェック事項	申請者 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		
		施設長または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		

◎資格審査員の確認コメント欄