介護口腔ケア推進士　団体受験要項

財団法人職業技能振興会認定

1【貴団体でご用意いただくもの】

（1）　15名以上の受験生。
（2）　担当者を決めていただきます。
（3）　講習・試験会場の確保（貴団体の会議室などで人数分の座席と机があれば可）。
（4）　交通費の負担　（講師、試験官の2名分か1名分、東京からの交通費の実費）。
（5）　事前に公式テキストで学んでもらう。（テキストは全国書店、ｱﾏｿﾞﾝ、書店、当協会などで手配できま
（6）　受験願書を取りまとめていただき、一括で送付していただきます。
（7）　当協会からお送りする受験票と要項を受験者に配布していただきます。
（8）　各自の写真（3x2.4cm）2枚。

2【当協会が用意するもの】

（1）　講師（歯科医師）の派遣
（2）　講習機材の持ち込み（プロジェクター、スクリーン、など）
（3）　講習資料の配布
（4）　試験問題の配布

3【費用について（通常通り）】□

（1）　講習アリの場合　講習10000円＋試験8000円　（例15名の場合　18000x15＝270000　＋　交通費実費
（2）　講習ナシの場合　試験8000円　（例　15名の場合　8000x15＝120000　＋　交通費実費）
（3）　テキストの手配　（テキストの手配いたします。　2160円/1冊　x　人数分　＋送料）

4【時間について】

（1）　09:00～12:00　講習　　13:00～15:00　講習
（2）　15:30～16:50　試験
（3）　講習5時間、試験時間80分の範囲で調整は可能です。

5【実施の流れ】

（1）　先ずは連絡メールをいただきます。
（2）　貴団体宛に当協会から「**団体受験申込書**」と「**受験願書**」を送付します。**ダウンロード**も可能です。
（3）［先に「団体受験申込書」に記入したものを返送（FAX）していただきます。受理した後、日時の調整をします。
（4）　受験願書も早目に送付していただきます。
（5）　請求書を発送します。　→　お振込みしていただきます。
（6）　受験要綱・受験票を貴団体か個人宛に発送いたします。
（7）　実施

6【まずは連絡を！】

（1）　**一般社団法人健康総合支援協会**
info@sogo-shien.org　　FAX　03－6735－4448　　TEL　03-6279-0595
（2）　書類送付先　166-0023　東京都新宿区西新宿6-25-16-704
（3）　先ずは東京地区で実施します。ほかの地区については順次拡大していく予定です。まずはメールかFAXでご連絡いただければ、直ぐに対応させていただきます。

7【 認定証交付】

（1）　試験合格後、認定登録料として別途2．000円が必要です。
（2）　認定証の交付（認定登録）につきましては、合格通知に同封いたします。
（3）　3年毎の資格更新制度があります。（詳細は決定し次第お知らせいたします）

※　個人情報の取り扱いについて：

認定試験の申し込みに当たり、当財団が知り得た個人情報は、当財団の資格の運営・当財団に関する情報等の提供を行う範囲で取り扱います。
上記の目的以外での利用、または第3者に開示・提供することはありません。

介護口腔ケア推進士認定試験　　団体受験申込み書

申し込み日　（平成　　年　　月　　日）

申込団体名	フリガナ	
住所	〒	
代表者氏名	フリガナ	
電話番号		(FAX)
		(E-mail)
今回の担当者	フリガナ　　役職	
連絡先	連絡が取れる番号をお願いします。	(E-mail)
予定人数	人	
講 習	□ あり　　□なし	
試験会場	□ 団体施設内　　□ 団体施設外 → 住所	
テキスト	冊	
合格発表の取扱い ＊注1	□ 団体宛に送る。　　□ 個人宛に送る。	
希望受験実施日	候補日をいくつかお書きください。	

注1 試験終了後,合否の通知をどこに出すかの質問です。
※ 黒のボールペンで太枠内にはっきりとご記入ください。
※ 不明な点があった際にご連絡させていただきますので、責任者の電話番号は必ずご記入ください。

問い合わせ・書類の送付先　　Email　　Fax

一般社団法人健康総合支援推進協会

住所　〒166-0023　東京都新宿区西新宿6-25-16-704　　info@sogo-shien.org　　03-6735-4448

連絡事項

※こちらには何も記入しないでください

受験番号	

申し込み日　（平成　　年　　月　　日）

介護口腔ケア推進士認定試験
受験願書（団体用）注1

団体名	
講習・試験日時	平成　　年　　月　　日
講　習	□ アリ　　□ ナシ

※受験要項は後からお送りします。

受験者氏名	フリガナ		
	姓	名	
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平　　年　　月　　日（　　歳）		性別　男 ・ 女
現住所	〒 ※受験票を送付可能な住所をご記入ください。		
電話番号	（自宅）	(FAX)	
	（携帯）	(E-mail)	
職業	①医療職　②介護職（有料ホーム、特養、ディ、その他）　③教職　④会社役員 ⑤会社員　⑥自営業　⑦学生　⑧無職　⑨その他　（　　）		
施設名	＊注2　単独団体の場合は不要です。混合団体の場合はお書きください。		
住所			

注1　団体受験でも個人の受験願書の提出をお願いします。
注2　単独団体とは単一の団体で受験する場合です。混合団体とは復数の団体が合同で受験する場合です。
※　黒のボールペンで太枠内にはっきりとご記入ください。
※　不明な点があった際にご連絡させていただきますので、必ず電話番号はご記入ください。