「介護口腔ケア推進士」 受験要項

一般財団法人職業技能振興会認定

第１9回認定試験　受験要項　その１

1 試験日程

（１）**試験日**　　**福岡会場　平成２9年10月22日（日）　　14：00～15：10**

　　試験時間　　**東京会場　平成２9年10月29日（日）　　15：30～16：40**

2 直前講習　（試験日と同じ）　　**東京会場のみ**　　（任意受講）

（１）講習日　**平成29年10月29日（日）**

（２）時　間　**09:40～１２:00　（１０分休憩あり）**

　　12:50～１５:10　（１０分休憩あり）

3 申込期間

（１）**願書送付期限**　　**平成２9年10月2日（月）**　　**※当日必着**

（２）**ネット･FAXの申し込み期限**　　**平成２9年10月2日（月）**　　**24:00まで受け付け**

（３）**受験料振込み期限**　　**平成２9年10月2日（月）**

（４）**直前講習料振込み期限**　　**平成２9年10月2日（月）**

（3）（4）は合算で振り込み可

(1) (2) (3) (4) いずれも期限が過ぎたものは受付けしません。

4 受験料

（１）一般：**8.000円**　　学生：**5.000円**

※学生は大学生･専門学校生･高校生を対象にしてます。（学生証のコピーが必要です）

（２）直前講習料　一律：**10.000円**

5 試験会場

（１）福岡会場　調整中

（２）東京会場　豊島区立生活産業プラザ　東京都豊島区東池袋1-20-15

6 受験票･受験案内の発送

（１）受験料のお振込み及び受験願書の確認が取れた方には受験案内･受験票を郵送します。

（２）試験1週間前までに受験票がお手元に届かない方は、事務局までご連絡ください。**（tel 03-3353-9181）**

7 試験案内

（１）試験時間　１時間１０分

（２）出題形式　マークシート方式（５０問）

（３）出題範囲　公式テキストの全範囲と公式テキストの内容を理解した上での応用問題及び時事問題。

（４）合格基準　問題の総得点の7割を基準として、問題の難易度で補正した点数以上の者。

8 合否について

（１）認定試験終了後、約１ヶ月後に郵送にて通知します。

9 ご紹介者について

（１）ご受験に際し、この試験の認定証保持者からご紹介を受けた場合は願書にその旨お書きください。

（２）当該試験終了後、紹介した認定証保持者には一般社団法人総合健康支援推進協会からお礼をさせていただきます。

第19回認定試験　受験要項　その2

10　受験申込方法

（１）受験願書と受験料の振込みの確認をもって受験申込みの受付とします。

＊受験願書と直前講習料の振込みだけでは受験申し込みとはいたしません。

（２）**「郵送」** 願書をダウンロードして必要事項を記入したものを郵送する。　（送付先は下記）

＊学生証のコピー（学生の方のみ）のある方は郵送以外受け付けません。

「ネット」 当財団のHPから「ネットで申し込む」をクリックして必要事項を記入し**1度だけ**「送信」を押す。

＊ネット申し込みの際自動返信します。携帯の方はPCからのメールを受信できる設定にしてください。

＊自動返信を受けとってない方は申し込みが完了してないか、PCメール受信が不可の方です。

＊ネットで申し込みが完了できない方（自動返信が受け取れない方）はFAXか郵送でお願いします。

「FAX」 願書に必要事項を記入の上**03-6735-4448**へFAXする。（携帯番号の記入は必須）

㊟　願書は上記3つの方法のいずれか1つで受け付けます。

（３）受験願書を当財団に電話で郵送依頼する。　**03-3353-9181**

（４）受験料・直前講習料は必ず受験者本人のお名前でお振り込みください。（振込手数料は受験者負担）

振込先：三菱東京UFJ 銀行　田町（タマチ）支店　普通預金
口座番号：２４２８４０９
口座名義：一般財団法人　職業技能振興会
ザイ）ショクギョウギノウシンコウカイ

受験料　8.000円　（一般）5.000円（学生）、　　直前講習料10.000円

振込み期限は平成２９年10月2日（月）　です。

（５）受験者の都合で受験を取りやめた場合、受験料、講習料の返還・次回試験への振替などは一切行っておりませんのでご了承ください。

（６）会場の収容人数には余裕を持っておりますが、受験者多数の場合は途中で募集を打ち切ることがございます。

（７）振込みが完了された方は受験願書に必要事項をご記入の上

平成２９年10月2日（月）　までに郵送（必着）、FAX、ネットの方は24：00までに送信してください。

■写真（縦3cm.×横2.4cm.）1枚　ご用意ください。

・受験票貼付用　（郵送された受験票の上部にお貼りください）

・認定証作成用　（受験票の下部を切り取って写真欄にクリップで止めてください、
写真の裏に受験番号とお名前を書いてください。試験会場で回収します）

※　受験願書はお１人につき1通必要です。

書類送付先 **問い合わせ先**	〒151-0051 **東京都渋谷区千駄ヶ谷5-16-6パレ・ジュノ3F** **電話　03-3353-9181　　メール　info@fos.or.jp**

11　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。

※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）

第19回介護口腔ケア推進士認定試験
受験願書 10月22・29日実施

㊟ 福岡会場と東京会場の試験実施日、時間が異なります。

希望会場	□ 福岡（10月22日実施）　□東京（10月29日実施）
直前講習	□ 受講する（東京会場のみ）　□ 受講しない　（該当欄にチェック）

※受験要項を確認の上、上記会場・認定試験内容をご確認ください

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　（　　）			
紹介者のいる場合*	お名前		認定証番号	

受験料ご入金の際にお客様が利用された金融機関をご記入ください（お振込みの確認に使います）

振込日	月　　日	振込金額	円
金融機関名		本支店名	
振込人名義			

※ 黒のボールペンで太枠内にはっきりとご記入ください（ 記入漏れがあると受験できない場合があります）
※ 書類の不備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。
※ ご紹介者がある場合はご紹介者の認定証番号は必ずお書きください。認定証番号がない場合は紹介者とは認めません。

送り先

郵送の方は　〒151-0051　東京都渋谷区千駄ヶ谷5-16-6　ﾊﾟﾚ・ｼﾞｭﾉ　３Ｆ
一般財団法人職業技能振興会

FAXの方は　03-6735-4448