

2023年度 認定申請のご案内

日本不妊カウンセリング学会 認定委員会

試験は1回限りです。

試験会場は、大阪会場、東京会場の2か所です。どちらかを選択して下さい。

受験資格:

- ◆ **申請前に日本不妊カウンセリング学会に入会し、年会費が未納でないこと**
- ◆ 不妊カウンセラー・体外受精コーディネーター養成講座を3回以上受講された方
- ◆ 初回の養成講座受講から認定を受ける年までが5年以内であること
- ◆ **不合格になった方は、1年以内に養成講座を1回受講後、再受験資格を得てから1年以内に受験することと限る**

申請資格: ■ 不妊カウンセラー

■ 体外受精コーディネーター **(ARTを実施している施設で1年以上の実務経験がある)**

※ 資格: 不妊カウンセラー または 体外受精コーディネーターどちらかを選択

- 申請書類: 1. 履歴書(鉛筆不可)および 顔写真(カラー)
2. 書類審査レポート(小論文 A4サイズ1枚)
「不妊カウンセラー」あるいは「体外受精コーディネーター」として今後どのように活動するか具体的に、特に力を入れたいところを強調記述してください(鉛筆不可)
3. 試験会場 (鉛筆不可)
4. 認定申請費用(¥15,000)振込済み控えコピー(添付) メモ書き可
5. 2022年度 年会費(¥6,000)振込済み控えコピー(添付) メモ書き可

申請書類は、郵送ください。

(書留不可。レターパックライト 370 または、普通郵便)

※レターパックライト 370 は追跡サービスあり

申請書類送付先:

日本不妊カウンセリング学会

〒104-0051 東京都中央区佃 3-9-7 (住所が変わりましたので注意)

振込先: 【郵便局】 口座番号: 00150-4-536307

加入者名: 不妊カウンセラー・体外受精コーディネーター認定委員会

【ゆうちょ銀行】 019支店(当座) 536307

不妊カウンセラー・体外受精コーディネーター認定委員会

金額: ¥15,000.-

申請後何らかの理由でその年度内に受験されなかった場合でも、費用を返金することはありません。次年度以降再申請、再受験する場合の認定申請費用は15,000円となります。また、受験申請後、欠席した場合、再度の事務局から連絡することはございません。

注意: 申請のご案内は1回のみです。次年度以降に申請を希望される方は、その旨、E-mail または Fax(文書)にてご連絡頂ければご案内いたします。

2023 年度認定試験日

大阪会場:2022 年 11 月 20 日(日) 受付開始 : 9:30~

筆記試験:10:00-11:00

面接試験:12:00-16:00

TKP 新大阪ビジネスセンター 大阪市淀川区西中島 5-13-9 新大阪MTビル1号館

<https://www.kashikaigishitsu.net/facilitys/bc-shinosaka/access>

新大阪駅から徒歩 5 分 (コメダ珈琲が入ったビル)

東京会場:2022 年 12 月 11 日(日) 受付開始 : 9:30~

筆記試験:10:00-11:00

面接試験:12:30-16:00

TKP 新橋カンファレンスセンター 東京都千代田内幸町 1-3-1 幸ビル 15F

<http://www.kashikaigishitsu.net/facilitys/cc-shimbashi-uchisaiwaicho/access/>

申請締切:2022 年 11 月 4 日 事務局必着

----- きりとりせん -----

3. 試験会場 (選択)○印で囲む

大阪会場

or

東京会場

申請資格:(選択)○印で囲む

不妊カウンセラー

or

体外受精コーディネーター

会員 No.: C

1. 受験者名: _____

2. 自宅都道府県: _____

3. 施設名: _____ Tel: _____

4. 自宅住所: 〒 _____

e-mail: _____

5. 緊急連絡先:(携帯電話) _____

改めて、受験票は事務局よりお送り致しませんので、当日、筆記試験開始 30 分前までに直接会場へお越し下さい。
※筆記用具(鉛筆、消しゴム)は各自ご持参下さい。

申請年：2023 年度

会員番号： C (Cで始まる番号)

申請資格： 不妊カウンセラー ・ 体外受精コーディネーター (選択)

※ 写真添付
(4.5cm×4.5cm)履 歴 書

(西暦) 年 月 日現在

※ 変更があった場合は変更箇所の左上に赤で☆印を付け旧姓や旧所在地(県名)、旧所属施設を黒で()付にして明記してください。

フリガナ			男・女
氏名			印
生年月日	西暦	年 月 日生 (歳)	
フリガナ			
現住所	〒		
TEL			
FAX			
E-mail			
緊急時連絡先	携帯電話		
フリガナ			所属部署
所属機関名			
フリガナ			
所属機関住所	〒		
勤務先	TEL		
	FAX		
	E-mail		
※職種 (必須) 資格 (有資格に○をつける)	医師・看護師・保健師・助産師・臨床検査技師・胚培養士 臨床心理士・薬剤師・鍼灸師・整体師 その他 ()		
在学期間 (西暦)	学歴		
在職期間 (西暦)	職歴		

(2 頁不可)

会員 ID:	C
氏名:	

書類審査レポート (A4サイズ・ワープロ) 鉛筆不可

現職種: _____

勤務先: _____

申請資格: 1. 不妊カウンセラー 2. 体外受精コーディネーター (どちらかを選択)

この枠内に直接印字、または楷書で書いてください。