

(様式 C5-A)

日本医療福祉教育コミュニケーション協会 (AMWEC) 認定
コミュニケーション検定5級資格認定申請書

申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
認定申込者氏名 _____
〒 _____ 住所 (個人住所) _____
連絡先 (電話番号) _____
(ファックス番号) _____
電子メールアドレス _____ @ _____
受講講座名 _____
講師氏名 _____
講座総時間 _____ 時間 ※5時間以上
実施期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日
実施回数 1回 複数回 (実施回数 _____ 回)
実施場所 _____

認定講師氏名 (※認定証がない場合、講師直筆署名 (協会認定講師番号・協会会員番号))

(_____)

(_____)

認定講習を受けたレポート (800字~1200字 E-ラーニング 1600~2000字 様式 C5-R)

認定料振込領収書のコピー

正会員 認定料 3,000 円 (※AMWEC 会員番号 _____ 番) 非会員 認定料 5000 円)

申請書・レポート送付先 一般社団法人日本医療福祉教育コミュニケーション協会事務局宛

〒736-0046 広島県安芸郡海田町窪町 10-10 (NPO 法人安芸ソーシャルサポートの会内)

事務局 電話 082-824-7038 fax 082-821-0346

振込先 広島銀行 海田支店 普通預金 3 4 2 8 0 3 3

一般社団法人日本医療福祉教育コミュニケーション協会

【カタカナ】シヤ) ニホンイリョウフクシキョウイクコミュニケーションキョウカイ

上記書類を添えて、日本医療福祉教育コミュニケーション協会検定5級に認定頂きますよう申請致します。

所属 _____

氏名 (直筆) _____ 印 _____

(様式 C5-R)

レポート

申請者氏名 _____

受講講座名 _____

受講修了日 _____

年 _____

月 _____

日 _____

以下の様式に以下の項目について述べよ。(800～1200字：E-ラーニング 1600～2000字)
テキストの該当ページも記入せよ。

1. コミュニケーションの成り立ちについての理解・体験

・言語・非言語コミュニケーション・カリブレーション（視覚・聴覚・体感覚）

⇒テキスト該当ページ (p ~ p)

2. ラポールの成り立ちとその技法について理解・体験⇒テキスト対照ページ

・思いこみの効果（スキルではなく、あり方が大切）・バックトラッキング・ミラーリング
・ペーシング

⇒テキスト該当ページ (p ~ p)

3. 感覚優位性について

・視覚・聴覚・体感覚優位性についての理解 ⇒テキスト該当ページ (p ~
p)

4. ポジションの理解とポジション体験

・自分自身・相手・第3者の3つのポジションを理解・ポジションの違いを体験

⇒テキスト該当ページ (p ~ p)