

(様式 C1-AR)

日本医療福祉教育コミュニケーション協会 (AMWE C) 認定
コミュニケーション検定 1 級資格認定申請書 (更新用)

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) _____

協会正会員 会員番号 _____ 号 ※正会員のみ

電子メールアドレス _____ @ _____

研修手帳の写し (更新ポイント記載)

認定講習受講証明書 (もしくは、講師サイン) ※メディックスコムトレーナートレーニングなど
認定講習会を受講したことを証明する。

認定講師サイン _____ 証明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

審査料振込領収書のコピー

AMWE C 会員番号 _____ 番 (有効期限 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

更新手数料 7,500 円

申請書送付先 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 082-562-2020

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、日本医療福祉コミュニケーション協会検定 1 級の更新審査頂きますよう申請致します。

所属 _____

氏名 (直筆) _____ 印 _____