

(様式 DL-B-A)

日本医療福祉教育コミュニケーション協会 (AMWEC) 認定
発達障害コミュニケーション初級指導者認定申請書

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 ※4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 (複数可) _____

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 DL-B-R)

認定料振込領収書のコピー

正会員 認定料 2000 円 (AMWEC 会員番号 _____) 非会員 認定料 4000 円

受講証のコピー

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 082-562-2020

振込先 広島銀行 海田支店 普通預金 3428033

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認定発達障害コミュニケーション初級指導者に認定頂きますよう申請致します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 (直筆) _____

印 _____

(様式 DL-B-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簡単に述べよ。(各項目 200 字程度)

- 1) 発達障害の特性について（広汎性発達障害（自閉性障害、アスペルガー障害）学習障害、注意欠陥多動性障害、精神遅滞など） _____ 年 _____ 月 _____ 日受講

- 2) 発達障害児者への基本的な配慮（感覚過敏、構造化など） _____ 年 _____ 月 _____ 日受講

- 3) 障害特性に対する関わり方 _____ 年 _____ 月 _____ 日受講

- 4) 発達障害に関わる基本的な法制度など _____ 年 _____ 月 _____ 日受講

- 5) 発達障害児者への医療（薬物療法） _____ 年 _____ 月 _____ 日受講