

(様式 DL-U-U)

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上級指導者認定申請書 (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) _____

電子メールアドレス _____ @ _____

更新回数 _____ 回目

- AMWEC 正会員 (会員番号: _____)
- 更新審査料振込票のコピー (更新料 7,500 円)
- 研修手帳のⅢ、Ⅳのコピー
- 受講票・受講証明 (修了証)・領収書のコピー
- 申請書 (更新用) ※この書類です

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

※送付受領確認が可能な簡易書留かレターパックで送付ください。

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上級指導者の更新手続きをして頂きますよう申請いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 (直筆) _____