

(様式 DL-U-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上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 ※24 時間以上
受講期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日
受講回数 _____ 回
実施場所 (実施団体名) 複数可 _____

- AMWEC 正会員 (会員番号: _____)
 認定講習の個別支援計画書 3 項目
 認定料振込領収書のコピー (認定料 10,000 円)
 受講証のコピー 14 項目
 実務経験証明書 (3 年間以上) 様式 DL-U-E
 申請書・実務経験証明書

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 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に認定頂きますよう申請いたします。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 (直筆) _____