

(様式 CR-B-A)

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 (AMWEC) 認定
コミュニケーション検定初級指導者認定申請書

申請日 年 月 日

申請者情報			
認定申込者所属			
認定申込者氏名	フリガナ		
住 所	〒		
電話番号	() -	携帯番号	() -
メールアドレス	@		
会員番号		AMWEC 認定 コミュニケーション検定	級取得 (認定番号)

コミュニケーション資格 ※下記の資格を取得のこと

AMWEC 認定コミュニケーション検定 3 級 取得日 年 月 日

以下を同封して送付ください。

- 協会認定講師講座 1 日修了証明書のコピー
- 検定料振込領収書のコピー 5,000 円
- 協会会員証コピー (※正会員であることが必須)

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初級認定指導者に認定頂きますよう申請致します。

所属名 _____

氏名 (直筆) _____