

(様式 CR-U-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上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)
経験講座名 (主なもの)			
講師経験期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
講師経験総時間	時間	講座実施回数	回 ※30回 100時間以上

コミュニケーション資格 ※下記の資格のいずれか取得

AMWEC 認定コミュニケーション検定 1 級 取得日 年 月 日

AMWEC 公認メンタルトレーナー 取得日 年 月 日

以下を同封して送付ください。

- コミュニケーション関連講座実施を証明する資料
- 講座で使用したテキスト (講師名入り) 実施を告知するリーフレット (講師名入り)
- 協会認定講師講座 1 日修了証明書のコピー (5 時間以上)
- 検定料振込領収書のコピー 10,000 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 上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)