

(様式 CR-U-AR)

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 (更新用)

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 (認定期間 5 年以内)			
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

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 (主なもの 3 つ)
- 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)
- 更新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) \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_