

(様式 C1-AR)

日本医療福祉教育コミュニケーション協会 (AMWE C) 認定  
コミュニケーション検定1級資格認定申請書 (更新用)

申請日 年 月 日

申請者情報			
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	@		
認定講習講座 (メディックスコミュニケーション主催トレーナートレーニング等)			
受講講座名			
講師氏名 <small>※証明の場合は講師サイン</small>			
実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

- 研修手帳の写し (更新ポイント記載)  
 認定講習受講証明書 (もしくは、講師サイン)  
 更新手数料振込領収書のコピー  
     更新手数料 7,500 円  
 AMWE C 会員番号 番 (有効期限 年 月 日)

上記書類を添えて、日本医療福祉コミュニケーション協会検定1級の更新審査を頂きますよう申請致します。

氏名 (直筆) \_\_\_\_\_