

(様式 DL-B-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			
認定申込者氏名	フリガナ		
住所	〒		
電話番号	( ) -	携帯番号	( ) -
メールアドレス	@		
講座情報			
受講講座名			
講師氏名			
実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
講座総時間	時間 ※5 時間以上		
実施場所 (複数可)			

以下を同封して送付ください。

- 認定講習を受けたレポート (800 字~1200 字 E-ラーニング 1600~2000 字 様式 DL-B-R)
- 認定料振込領収書のコピー
  - 正会員 認定料 2000 円 (AMWEC 会員番号 )
  - 非会員 認定料 4000 円
- 受講証のコピー

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初級指導者に認定頂きますよう申請致します。

氏名 (直筆) \_\_\_\_\_

(様式 DL-B-R)

発達障害コミュニケーション初級指導者認定申請レポート

申請者氏名

受講修了日 年 月 日

以下の様式に以下の項目について簡単に述べよ。(各項目 200 字程度)

1) 発達障害の特性について (広汎性発達障害 (自閉性障害、アスペルガー障害) 学習障害、注意欠陥多動性障害、精神遅滞など) 年 月 日受講

2) 発達障害児者への基本的な配慮 (感覚過敏、構造化など) 年 月 日受講

3) 障害特性に対する関わり方 年 月 日受講

4) 発達障害に関わる基本的な法制度など 年 月 日受講

5) 発達障害児者への医療 (薬物療法) 年 月 日受講