

(様式 DL-U-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 ※24 時間以上	受講回数	回
実施場所 (実施団体名) (複数可)			

以下を同封して送付ください。

- AMWEC 会員証コピー (会員番号)
- 認定料振込領収書のコピー (認定料 10,000 円)
- 受講証のコピー 14 項目
- 実務経験証明書 (3 年間以上) 様式 DL-U-E

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上級指導者に認定頂きますよう申請いたします。

氏名 (直筆) _____