

(様式 C12-A)

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2級資格認定講座申請書

申請日 年 月 日

申請者情報			
申請申込者 (団体名)	団体会員 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
団体名 (個人名)	フリガナ		
団体代表者	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			
申請講座名			
講師氏名			
講座総時間	時間 ※24時間以上	講座総日数	日 ※4日間以上
実施期間	年 月 日	～	年 月 日
実施回数	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 複数回 (実施回数 回)		
実施場所			
認定講師氏名 (直筆署名)	(協会認定講師番号 ・ 協体会員番号)		
	(協会認定講師番号 ・ 協体会員番号)		
	(協会認定講師番号 ・ 協体会員番号)		

キャンセルポリシー文章 テキスト テキスト対照表

実施予定を示すリーフレットなど

認定料振込領収書のコピー

2級資格認定講座 認定審査料・認定登録料 次年度更新料

初年度 団体会員 5,000円 非団体会員 10,000円 (初年度認定料 5,000円+審査料 5,000円)

次年度更新 団体会員 更新料 5,000円 非団体会員 更新料 10,000円

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2級認定講座に認定頂きますよう申請致します。

団体名 _____

代表者氏名 (直筆) _____ 印 _____

(様式 C12-T)

テキスト対照表 2 級認定講座申請用

申請団体名称 (個人名)

申請講座名

以下の様式に以下の項目に当てはまるテキスト対照ページをご記入下さい。

1. ビリーフチェンジについて (ビリーフチェンジなど)

⇒テキスト該当ページ (p ~ p) (p ~ p)

2. 葛藤の処理について (インテグレーションスキル)

⇒テキスト該当ページ (p ~ p) (p ~ p)

3. 意欲の向上や先延ばしパターンの切り替えについて (RAS 能力プログラムなど)

⇒テキスト該当ページ (p ~ p)

4. アレルギーなど各種症状や癖の改善について

⇒テキスト該当ページ (p ~ p)

5. ト라우マや過去で作ったビリーフの変更など

(フォビアプロセスやリ・インプリントなど)

⇒テキスト対照ページ (p ~ p)

6. 習慣を変化させることについて (方法や効果について)

⇒テキスト対照ページ (p ~ p)

7. 感覚の調整について

⇒テキスト対照ページ (p ~ p)

8. がん・自己免疫疾患のケアなど

⇒テキスト対照ページ (p ~ p) (p ~ p)

申請書送付先 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事務局宛

〒739-0041 広島県東広島市西条町寺家 5022 番 1

事務局電話 082-430-7751 fax 082-430-7752

振込先 広島銀行 海田支店 普通預金 3428033

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

【カタカナ】シヤ) ニホンイリヨウフクシキョウイクコミュニケーションキョウカイ