

(様式 CR-U-A)

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

申請日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

認定申込者 (所属) \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

AMWEC正会員会員番号 \_\_\_\_\_ ・コミ検 \_\_\_\_\_ 級 番号 \_\_\_\_\_ 号 \_\_\_\_\_

住所 (個人住所) 〒 \_\_\_\_\_

連絡先 (電話番号) \_\_\_\_\_

(ファックス番号) \_\_\_\_\_

電子メールアドレス \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

コミュニケーション資格 ※下記の資格のいずれか取得

NLP マスタープラクティショナー 取得団体名 \_\_\_\_\_

取得日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

NLP 臨床健康セラピスト 取得日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ※試験免除

メディックスコムセミナーインターベンションコース修了取得日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

認定講師実技試験合格 合格日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

コミュニケーション検定1級 取得日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ※試験免除

経験講座名 (主たるもの)

講師経験総時間 \_\_\_\_\_ 時間 講座実施回数 \_\_\_\_\_ 回 (※30回100時間以上)

講師経験期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

コミュニケーション関連講座実施を証明する資料

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)

協会認定講師講座1日修了証明書のコピー (5時間以上)

検定料振込領収書のコピー 10,000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 \_\_\_\_\_

申請書・添付資料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  
〒736-0046 広島県安芸郡海田町窪町 10-10 (NP0 法人安芸ソーシャルサポートの会内)

事務局 電話 082-824-7038 fax 082-821-0346

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) ニホンイリョウフクシキョウイクコミュニケーションキョウカイ