

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（DVD購入者用）

申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

認定申込者氏名 _____

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 _____ @ _____

受講講座名 _____

講師氏名 _____

DVD 視聴総時間 _____ 時間 ※6時間以上

視聴期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日～ _____ 年 _____ 月 _____ 日

視聴回数 1回 複数回（回数 _____ 回）

視聴シール貼付欄（DVD 1巻につき1枚付いています。下記に貼付して下さい。） _____

第1巻

第2巻

第3巻

第4巻

第5巻

認定講習を受けたレポート（1600～2000字様式 DL-B-RD ）

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 _____ 番） 非会員 認定料 4000 円）

申請書・レポート送付先 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（NPO 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 ゆうちょ銀行

記号 15190 番号 28986171 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

※銀行からお振込みの場合は 次の内容をご指定下さい

【**店名**】 五一八（読み ゴイチハチ）【**店番**】 518 【**預金種目**】 普通預金 【**口座番号**】 2898617

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。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名（直筆） _____

印 _____