

(様式 C13-A)

日本医療福祉教育コミュニケーション協会 (AMWE C) 認定  
コミュニケーション検定3級資格認定講座開催申請書

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 (実施予定回数 _____ 回)		
実施場所	_____		
認定講師氏名 (直筆署名)	(協会認定講師番号 _____ ・協会会員番号 _____ )		
	(協会認定講師番号 _____ ・協会会員番号 _____ )		
	(協会認定講師番号 _____ ・協会会員番号 _____ )		

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

3級資格認定講座 認定審査料・認定登録料 次年度更新料

年1回のみ 非団体会員 初年 2,500円 (初回認定審査料 1,250円+認定登録料 1,250円)

団体会員 初年 1,250円

※次年度更新料 非団体会員 2,500円 団体会員 1,250円

年複数回 非団体会員 初年 20,000円 (初回認定審査料 10,000円+認定登録料 10,000円)

団体会員 初年 10,000円

※次年度更新料 非団体会員 10,000円 団体会員 5,000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3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 C13-T)

テキスト対照表 3 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. 速やかなラポール形成の手法について (適切なアイコンタクト・VAK の一致など)  
⇒テキスト該当ページ (p     ~     p     )
2. 速やかなアンカリングの形成について (視覚・聴覚・体感覚を使ったアンカリング)  
⇒テキスト該当ページ (p     ~     p     )
3. 目の動きなどから得られる情報収集について  
⇒テキスト該当ページ (p     ~     p     )
4. 問題の詳細な内容聞き取りの仕方について  
(視覚聴覚体感覚, 現在過去未来、1 人称 2 人称 3 人称、ニューロロジカルレベルなど)  
⇒テキスト対照ページ (p     ~     p     )
5. サブモダリティ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     )
6. 相手のポジションや第 3 者のポジションに立つことについて方法や意義について  
⇒テキスト対照ページ (p     ~     p     )
7. ストーリーを語ることによって相手に及ぼす影響について  
⇒テキスト対照ページ (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 3 4 2 8 0 3 3  
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