

(様式 C14-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4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 ※12時間以上	講座総日数	日 ※2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 ・ 団体会員番号)		
	(協会認定講師番号 ・ 団体会員番号)		
	(協会認定講師番号 ・ 団体会員番号)		

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

4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4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 C14-T)

テキスト対照表 4 級認定講座申請用

申請団体名称 (個人名)

申請講座名

申請日

年

月

日

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. コミュニケーションの成り立ちについての理解・体験

・言語・非言語コミュニケーション・カリブレーション (視覚・聴覚・体感覚)

⇒テキスト該当ページ (p ~ p)

2. ラポールの成り立ちとその技法について理解・体験⇒テキスト対照ページ

・思いこみの効果 (スキルではなく、あり方が大切)・バックトラッキング・ミラーリング
・ペーシング

⇒テキスト該当ページ (p ~ p)

3. 感覚優位性について

・視覚・聴覚・体感覚優位性についての理解 ⇒テキスト該当ページ (p ~ p)

4. ポジションの理解とポジション体験

・自分自身・相手・第3者の3つのポジションを理解・ポジションの違いを体験

⇒テキスト該当ページ (p ~ p)

5. アンカリング効果についての学習と実践

視覚・聴覚・体感覚 ⇒テキスト対照ページ (p ~ p)

6. 目標設定の適切な仕方と援助について学習と実践

⇒テキスト対照ページ (p ~ p)

7. 肯定的意図・リフレームについての学習と実践

⇒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