

日本医療福祉教育コミュニケーション協会認定5級資格認定申請書（様式11-1）

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）

☐協会正会員 会員番号 号 ☐協会非会員

電子メールアドレス @

受講講座名

講師氏名

受講講座総時間 時間

受講期間 年 月 日～ 年 月 日

受講日数 ☐1日 ☐複数日（実施回数 日）

受講場所

☐認定講習を受けたレポート（800字～1600字 様式11-2）

☐認定料振込領収書のコピー

（☐正会員 認定料 3000 円 ☐非会員 認定料 5000 円（内一般会員会費 1000 円含む）

振込先 ゆうちょ銀行 記号15190 番号28986171

名義人 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

上記書類を添えて、日本医療福祉コミュニケーション協会検定5級に認定頂きますよう申請致します。（非会員の場合、一般会員に申し込みます。）

氏名（直筆） 印

レポート（様式11-2）

申請者氏名

受講講座名

受講修了日

年

月

日

以下の様式に以下の項目について簡単に述べよ。（全体で800字～1600字）

テキストの該当ページも記入せよ。

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     ）