

(様式 DL-M-A)

日本医療福祉教育コミュニケーション協会認定

発達障害コミュニケーション中級指導者認定申請書 (DDCL 様式 DL-M-A)

申請日 例) 2015年1月10日 年 月 日

申請料振込日 年 月 日

認定申込者氏名

学習閲覧 ID ※DDCL オンライン講座スタート時にお送りした番号です。

住 所 (個人住所) ※必ず郵便番号、住所をご明記ください。

〒

連絡先 (電話番号) - -

(お持ちの方はファックス番号) - -

電子メールアドレス @

学習した部門の確認

※全部門学ばれましたか? 該当にすべて○印を入れてください。

- ( ) 発達障害コミュニケーション指導者 中級認定講習 1 部門
- ( ) 発達障害コミュニケーション指導者 中級認定講習 2 部門
- ( ) 発達障害コミュニケーション指導者 中級認定講習 3 部門
- ( ) 発達障害コミュニケーション指導者 中級認定講習 4 部門
- ( ) 発達障害コミュニケーション指導者 中級認定講習 5 部門
- ( ) 発達障害コミュニケーション指導者 中級認定講習 6 部門
- ( ) 発達障害コミュニケーション指導者 中級認定講習 7 部門
- ( ) 発達障害コミュニケーション指導者 中級認定講習 8 部門
- ( ) 発達障害コミュニケーション指導者 中級認定講習 9 部門
- ( ) 発達障害コミュニケーション指導者 中級認定講習 10 部門
- ( ) 発達障害コミュニケーション指導者 中級認定講習 11 部門
- ( ) 発達障害コミュニケーション指導者 スクーリングに参加されましたか?

※スクーリング参加受講日をご記入下さい。 受講日: 年 月 日

(様式 DL-M-A)

■ご提出書類

1. 本申請書 (DDCL 様式 DL-M-A)
2. 認定講習のレポート 11 項目  
(1 項目 600 字~1000 字 様式 DL-M-R)
3. 別紙実務経験証明書 (様式 DL-M-E)

■送付先

本申請書・レポート用紙に直接ご記入いただきメールでお送りいただくか、  
プリント出力頂きファクスにてお送りください (改行などご自由にご変更ください)。  
※WORD、PDF ファイルどちらをご使用いただいても結構です。

DDCL ラーニング事務局 (ビジョンクリニック・インスティテュート合同会社) 宛  
メールアドレス : [apply@ddcl-learning.com](mailto:apply@ddcl-learning.com) ファクス番号 : 03-6733-8338  
※ドメイン指定受信をされている方は、拒否設定の解除をお願いいたします。  
認定申請に関するご連絡は「[apply@ddcl-learning.com](mailto:apply@ddcl-learning.com)」から送られます。

ビジョンクリニック・インスティテュート合同会社  
〒107-0052 東京都港区赤坂 2-16-6 BIZ MARKS 赤坂 (平成 27 年 9 月 10 日以降)

■認定申請料 (6,000 円) 振込先

ジャパンネット銀行 はやぶさ支店 (店番号 : 003)  
普通口座  
口座番号 : 1575487  
口座名義 : ビジョンクリニックインスティテュート (ド