

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初級指導者認定申請書 (DDCL 様式 DL-B-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 初級認定講習 1 部門
- ( ) 発達障害コミュニケーション指導者 初級認定講習 2 部門
- ( ) 発達障害コミュニケーション指導者 初級認定講習 3 部門
- ( ) 発達障害コミュニケーション指導者 初級認定講習 4 部門
- ( ) 発達障害コミュニケーション指導者 初級認定講習 5 部門

■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 <DDCL ラーニング事務局>

〒107-0052 東京都港区赤坂 2 丁目 16-6 BIZMARKS 赤坂 1 階

TEL: 03-6869-3304 FAX: 03-6733-8338

■申請料 (4,000 円) 振込先 (プログラム B または C をご選択された方は不要です)

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



4) 発達障害に関わる基本的な法制度など

5) 発達障害児者への医療（薬物療法）