|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **登録番号** | **氏名（戸籍名）** |  | 事務使用欄 |
|  |  |  |  |

提出漏れのないよう、必要な書類を必要部数ご用意の上、確認欄にチェックをし、申請書類とともに提出してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請書類 | 様式 | 提出部数 | **確認欄** | 事務使用欄 |
| 臨床発達心理士スーパーバイザー資格認定  申請書 | 様式1 | 3部※ |  |  |
| 申請理由書 | 様式2 | 3部※ |  |  |
| 様式3 | 3部※ |  |  |
| 様式4 | 3部※ |  |  |
| 様式5 | 3部※ |  |  |
| 推薦書（任意封筒、厳封） | 様式6 | 1部 |  |  |
| IDカード用写真 |  | 1枚 |  |  |
| 受領証（官製はがき） |  | 官製はがき1枚 |  |  |

※原本１部とそのコピー２部を提出してください。

認定審査料を払い込んだ際の「郵便振替払込請求書件受領書」または「ご利用明細票」のコピーを、以下に貼付してください。

郵便振替払込請求書兼受領書コピー貼付箇所

# 臨床発達心理士スーパーバイザー資格認定申請書

一般社団法人 臨床発達心理士認定運営機構

　代 表 理 事　殿

（写真）

２０１７年 月 日

申請者戸籍氏名（自筆署名） 印

　私は、一般社団法人 臨床発達心理士認定運営機構の定める臨床発達心理士スーパーバイザーの認定を受けたいので、所定の書類及び認定審査料を添えて申請します。

臨床発達心理士登録番号　 　　　　　　　　所属支部

ふりがな

申請者氏名（戸籍名） 　　　　　　　　　　　　　　　　　　年齢

所属機関・職名

連絡先住所 〒

電話 FAX

E-mailアドレス

主な学歴・職歴

年 月～ 年 月

年 月～ 年 月

年 月～ 年 月

年 月～ 年 月

年 月～ 年 月

年 月～ 年 月

年 月～ 年 月

年 月～ 年 月

年 月～ 年 月

年 月～ 年 月

# 臨床発達心理士スーパーバイザー資格認定申請理由書

申請者氏名（戸籍名）

**【１】**以下の「臨床発達心理士スーパーバイザーに求められる要件」の中から４項目以上（ただし、3)または4)のいずれかを必ず含むこと）を選択し、活動の概要を簡潔にお書きください。

　「３）臨床発達心理士としての実践経験」、「４）臨床発達心理学に関連する研究実績」については様式３、様式４に詳細を記述してください。

※項目を選択し、左欄に○印をお付けください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 求められる要件 | | 活動の概要 |
|  | 1) | 臨床発達心理士申請者のための  臨床実習指導の経験 |  |
|  | 2) | スーパービジョンの経験 |  |
|  | 3) | 臨床発達心理士としての実践経験 |  |
|  | 4) | 臨床発達心理学に関連する  研究実績 |  |
|  | 5) | 日本臨床発達心理士会主催研修会の講師経験 |  |
|  | 6) | 日本臨床発達心理士会支部研修会の講師経験 |  |
|  | 7) | 資格認定委員会が主催する  指定科目取得講習会の講師経験 |  |
|  | 8) | 日本臨床発達心理士会支部での活動経験 |  |

求められる要件：３）臨床発達心理士としての実践経験（箇条書きで記入）

求められる要件：４）臨床発達心理学に関連する研究実績（箇条書きで記入）また、研究実績としてあげたもののうち、主要3編のコピーを必ず添付して下さい。

**【２】**①臨床発達心理士としての活動経験とその特徴、②スーパーバイザー資格取得後の抱負を全体で4000字程度でお書きください。

（ここからお書きください。）

# 臨床発達心理士スーパーバイザー資格認定申請推薦書

申請者氏名（戸籍名）

推薦者氏名（自筆署名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（臨床発達心理士登録番号　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（所属機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |
| --- |
|  |