

一般社団法人 臨床発達心理士認定運営機構

代表理事 殿

2020 年 月 日

臨床実習修了証明書

氏 名 _____

上記の者は以下のとおり「臨床発達心理士」資格認定に必要な臨床実習を行いましたので、別紙の臨床実習報告書を添えてここに証明いたします。

実習機関名	()	
臨床実習実施期間	年	月	～	年	月
大学院修士課程在籍(見込)期間	年	月	～	年	月

実習オリエンテーション	()	時間	
観察実習	()	時間	
発達アセスメント	()	時間	
発達支援	()	時間	
支援に対する評価・検討 (カンファレンス等)	()	時間	
事例報告に関する指導	()	時間	
その他 ()	()	時間

実習時間合計 () 時間

臨床実習における指導の経過

()

指導教員とスーパーバイザーとの関係、依頼した実習内容

()

大学院開講科目として履修した場合

科目名 (単位数)

担当者名
(自署)

大学院研究科名 _____

職 名 _____

氏 名 _____ 印