

## スーパーバイズ証明書 (タイプⅡ-1, タイプⅡ-2用)

2021年 月 日

一般社団法人 臨床発達心理士認定運営機構  
代表理事殿

申請者 氏名 \_\_\_\_\_

上記の者は、貴機構が認定する臨床発達心理士資格を申請するにあたり、下記のとおりスーパーバイズを受けたことを証明します。

1. 事例報告での事例についてスーパーバイズを受けた期間と回数

期間 年 月 ~ 年 月

回数 回

2. スーパーバイズ期間における申請者とスーパーバイザーとの関係

3. 申請者への指導内容と指導経過

4. 事例報告書で扱われた事例における支援の経過と支援の妥当性についての所見

5. 臨床発達心理士の業務を遂行することに関する所見

記載者(自署) 機関名 \_\_\_\_\_

職 名 \_\_\_\_\_

署 名 \_\_\_\_\_ 印

資格名 \_\_\_\_\_ 登録番号 \_\_\_\_\_

(注) すべての項目に認定申請ガイドのスーパーバイザーの留意事項に基づき、記載をお願いします。

記載が漏れている、あるいは記載が著しくガイドと異なっている場合、申請者が不合格となる場合があります。