

一般社団法人 臨床発達心理士認定運営機構

代表理事 殿

2021年 月 日

臨床実習修了見込証明書

氏 名 _____

上記の者は「臨床発達心理士」資格認定に必要な臨床実習に参加し、これまでのところ以下のとおり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報告します。

実習機関名	(_____)
臨床実習実施見込み期間	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 (している) 場合

科目名 (単位数)

担当者名

大学院研究科名 _____

職 名 _____

指導教員 (自署) _____ 印