

## スーパーバイズ証明書 (タイプ I 用)

2024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. 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. 臨床実習の成果に関する所見

5. 臨床発達心理士としての資質に関する所見

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ことがあります。