

一般社団法人 臨床発達心理士認定運営機構  
代表理事 殿

2024 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 ( ) 時間  
(カンファレンス等)  
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

( )

大学院研究科名 \_\_\_\_\_

職 名 \_\_\_\_\_

指導教員 (自署) \_\_\_\_\_ 印