

日本描画テスト・描画療法学会「認定描画療法士資格」

認定申請書

日本描画テスト・描画療法学会会長殿

申請日：西暦 年 月 日

申請者（自署）： _____ 印

私は、日本描画テスト・描画療法学会の定める「認定描画療法士資格」の認定を受けたいため、所定の書類を添えて申請いたします。

フリガナ		
氏名	会 員 番 号 ()	
	西暦 年 月 日生 歳 男 ・ 女	
フリガナ		
現住所	〒 都・道・府・県	
	TEL:	FAX:
	e-mail:	
所属機関 部署		
職名・役職		
所属機関 所在地	〒 都・道・府・県	
	TEL:	FAX:
	e-mail:	

日本描画テスト・描画療法学会大会参加および発表（共同発表を含む）履歴

大会名	年月	いずれかに○	発表演題名
第 回大会	年 月	参加・発表	
第 回大会	年 月	参加・発表	
第 回大会	年 月	参加・発表	
第 回大会	年 月	参加・発表	
第 回大会	年 月	参加・発表	

本学会が主催する認定描画療法士研修履歴

受講年月	受講場所	受講時間
第 回 年 月		時間 分
第 回 年 月		時間 分
第 回 年 月		時間 分

合計時間

基 礎 コ ー ス	時間 分
-----------	------

描画等による実践経験

期 間	実施概要	実施場所
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月		

合計年数

年 ヶ月

認定描画療法士資格研修会（基礎コース）の受講証明書をここに貼付してください。

描画等による実践経験の証明書（在職証明書・職歴証明書等）をここに貼付してください。

※申請書に記載の「描画等による実践経験」の期間と実施場所が示されているもの

大会参加証明書または名札等の複写をここに貼付してください。

※大会 2 回分が必要です。

※大会前日のワークショップは除きます。