

日本描画テスト・描画療法学会「認定描画療法士資格」

更新申請書

日本描画テスト・描画療法学会会長殿

申請日：西暦 20●●年 10 月 1 日

申請者(自署)： 描画 太郎 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」の更新を受けたいため、所定の書類を添えて申請いたします。

フリガナ	ビョウガ タロウ	
氏名	描画 太郎	
	西暦 19●●年 ●月 ●日生 ●●歳 (男) ・ 女	
フリガナ	●●ケン ●●シ ●●チョウ	
現住所	〒000-0000 ●● 都・道・府・(県) ●●市●●町 00-00-000	
	TEL: 00-0000-0000 FAX:00-0000-0000	
	e-mail:●●●●●@●●●●●	
所属機関 部署	●●●●●病院 精神科	
職名・役職	心理士	
所属機関 所在地	〒000-0000 ●● 都・道・府・(県) ●●市●●町 00-00-000	
	TEL: 00-0000-0000 FAX:00-0000-0000	
	e-mail:●●●●●@●●●●●	

描画等による臨床実践

期 間	臨床実践概要	機関名
19●●年 4月～ 現在に至る	描画テストを用いた心理アセスメントに携わっている。	●●●●病院
年 月～ 年 月		
年 月～ 年 月		

本学会の大会への参加

大 会	参加形態(いずれかに○印)	ポイント数 (いずれかに○印)
第 00回大会 20●●年 9月	<input checked="" type="checkbox"/> 受講者 第1発表者 共同発表者 講師等	<input checked="" type="checkbox"/> 2p ・ 4p
第 00回大会 20●●年 9月	受講者 <input checked="" type="checkbox"/> 第1発表者 共同発表者 講師等	2p ・ <input checked="" type="checkbox"/> 4p
第 回大会 年 月	受講者 第1発表者 共同発表者 講師等	2p ・ 4p
第 回大会 年 月	受講者 第1発表者 共同発表者 講師等	2p ・ 4p
第 回大会 年 月	受講者 第1発表者 共同発表者 講師等	2p ・ 4p

本学会が主催する研修会への参加

研修会名	参加形態(いずれかに○印)	ポイント数 (いずれかに○印)
第00回大会ワークショップ	<input checked="" type="checkbox"/> 受講者 第1発表者 共同発表者 講師等	<input checked="" type="checkbox"/> 2p ・ 4p
第●●会地方研修会	<input checked="" type="checkbox"/> 受講者 第1発表者 共同発表者 講師等	<input checked="" type="checkbox"/> 2p ・ 4p
	受講者 第1発表者 共同発表者 講師等	2p ・ 4p
	受講者 第1発表者 共同発表者 講師等	2p ・ 4p
	受講者 第1発表者 共同発表者 講師等	2p ・ 4p

描画に関する論文および著書

発行年月	タイトル	雑誌名または出版社名
年 月		
年 月		
年 月		