

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			会員番号( )
氏名			
	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	〒		
	TEL:	FAX:	
	e-mail:		
免許・資格	下欄の左枠内に名称、右枠内に取得年月日・登録番号を記入		
臨床心理士	年 月	登録番号( )	
医 師	年 月	登録番号( )	
	年 月	登録番号( )	
	年 月	登録番号( )	

## 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	いずれかに○	受講時間
第 回 年 月		基礎・応用実践	時間 分
第 回 年 月		基礎・応用実践	時間 分
第 回 年 月		基礎・応用実践	時間 分
第 回 年 月		基礎・応用実践	時間 分
第 回 年 月		基礎・応用実践	時間 分
第 回 年 月		基礎・応用実践	時間 分

## 合計時間

基礎	時間 分
応用実践	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。