

## 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 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			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( )			

## 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		

## 本学会が主催する認定描画療法士資格研修会（応用実践コース）の参加および発表履歴

受 講 年 月	受 講 場 所	いずれかに○
第 回 年 月		参加 ・ 発表 ・ 講師
第 回 年 月		参加 ・ 発表 ・ 講師
第 回 年 月		参加 ・ 発表 ・ 講師

## 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	

## 本学会の主催する研修会における事例発表履歴

事例発表年月	研修会名	発表演題名
年 月		
年 月		
年 月		

## 描画に関する論文および著書

発行年月	タイトル	雑誌名または出版名
年 月		
年 月		
年 月		

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

以下のいずれか 1 要件にかかわる証明書をここに貼付してください。

①大会参加証明書または名札等の複写

※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。

②大会での発表抄録（共同発表を含む）の複写

③本学会の主催する研修会での事例提示を示す資料の複写

④描画に関する論文や著書を申請者本人が公表したことを示す箇所の複写