

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 知	知	会員番号(〇〇〇)
氏名	描画 太郎	太郎	
	西暦 1970年 4月 1日生 ●●歳		(男)・女
フリガナ			
現住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇		
	大阪 都・道・(府) 県 〇〇市〇〇町〇番地〇丁目 〇〇マンション〇〇号室		
	TEL: 000-0000-0000		FAX: 000-0000-0000
	e-mail: 〇〇〇@〇〇〇		
所属機関 部署	描画大学附属病院 精神科		
職名・役職	臨床心理士		
所属機関 所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇		
	大阪府 〇〇市〇〇町〇-〇-〇〇		
	TEL: 000-0000-0000		FAX: 000-0000-0000
	e-mail: 〇〇〇@〇〇〇		
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	2000年	4月	登録番号(〇〇〇〇)
医師	1996年	4月	登録番号(〇〇〇〇)
	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
0000年 0月 ~ 現在に至る	HPPPテストを用いた心理アセスメントに携わっている。	描画大学附属病院
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	●●大学	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		