

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 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	ビョウガ タロウ	
氏名	描画 太郎	
	会 員 番 号 ()	
	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:●●●●●@●●●●●	

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	●●大学	5時間 00分
第●回 年 月		時間 分
第●回 年 月		時間 分

合計時間

基礎コース	5時間 00分
-------	---------

描画等による実践経験

期間	実施概要	実施場所
●●●●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		
年 月 ～ 年 月		

合計年数

5年 6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。