

[様式 - ①]

公益財団法人 日本臨床心理士資格認定協会

ワークショップ型研修会承認申請書

貴協会臨床心理士教育・研修委員会規程別項第2条（4）によるワークショップとして承認を申請します。

■主催団体名： _____ (印)

■研修会名： _____

■団体住所： 〒 _____

TEL； _____ /FAX； _____ /E-MAIL _____

■代表者名： _____ (印) (役職 _____)

■開催日：西暦 年 月 日 ～ 年 月 日 総時間数 _____ 時間

■開催場所： _____

■参加条件：臨床心理士資格 要 不要 ※

※不要の場合は、その他の参加条件を以下に具体的に記載してください。

■定員： _____ 名 内、臨床心理士有資格者 _____ 名 全体の _____ %

■会費： _____ 円

■承認実績： _____ 有 _____ 無

[※有の場合] 上記開催日を起点とした向こう5年間の承認を希望 (する / しない)

※○で囲んでください。

☆下記に承認可否等に関する連絡先と申請責任者名・臨床心理士登録番号を明記ください。こちらに明記の住所・氏名宛に承認の可否を通知します。ご所属先に送付の場合は所属機関名まで明記ください。

〒 _____

担当者名： _____ 臨床心理士登録番号： _____