

[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（短期型研修会）承認申請書

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

■ 主催団体名 : _____

■ 研修会名 : _____

■ 団体住所 : 〒 _____

TEL ; _____ /FAX ; _____

■ 代表者名 : _____ (役職 _____)

■ 開催日時 : 平成 年 月 日 ~ 年 月 日

※過去の申請承認実績がある団体で複数年申請を希望される場合は、上記にその年数分(最長5年分可能です)を記入ください。

■ 会 場 : _____

■ 参加条件 : 臨床心理士資格 要 不要 ※

※不要の場合は、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

☆申請の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下記に明記ください。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 : _____