書式Ａ－１ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊受付番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＊受付日

日本臨床動作学会 「認定動作士」

資格認定申請書

日本臨床動作学会理事長 殿

西暦 　　年 　 月 　 日

申請者氏名（自筆署名）　　　　 　 印

私は、日本臨床動作学会の定める「認定動作士」の認定を受けたいので、

所定の書類および審査料を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| ふ り が な  氏 　名 | 年令 　　　才（西暦　 　　年 　月　 日生）男・女 |
| 現住所 | 〒  電話： 　　　　　　　　　　　FAX：  ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： |
| 所属機関  職 　 名  （免許・資格） |  |
| 所属機関  所在地 | 〒  電話： 　　　　　　　　　　　FAX：  ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： |
| 関連資格 | □ 心理ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｲｼｮﾝ・ｽｰﾊﾟｰﾊﾞｲｻﾞｰ （認定番号　　　　）  □ 臨床心理士 　　（登録番号　　　　）  □ 公認心理師 　　（登録番号　　　　） |

＊連絡先（現住所または所属）に○をつけてください。

書式Ａ－２ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊受付番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＊受付日

日本臨床動作学会「臨床動作士」

資格認定申請書

日本臨床動作学会理事長 殿

西暦 　　年 　 月 　 日

申請者氏名（自筆署名）　　　　 　 印

私は、日本臨床動作学会の定める「臨床動作士」の認定を受けたいので、

所定の書類および審査料を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| ふ り が な  氏 　名 | 年令 　　　才（西暦　 　　年 　月　 日生）男・女 |
| 現住所 | 〒  電話： 　　　　　　　　　　　FAX：  ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： |
| 所属機関  職 　 名  （免許・資格） |  |
| 所属機関  所在地 | 〒  電話： 　　　　　　　　　　　FAX：  ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： |
| 関連資格 | □ 心理ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｲｼｮﾝ・ｽｰﾊﾟｰﾊﾞｲｻﾞｰ （認定番号　　　　）  □ 臨床心理士 　　（登録番号　　　　）  □ 公認心理師 　　（登録番号　　　　） |

＊連絡先（現住所または所属）に○をつけてください。

書式Ａ－３ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＊受付番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＊受付日

日本臨床動作学会「臨床動作学講師」

資格認定申請書

日本臨床動作学会理事長 殿

西暦 　　年 　 月 　 日

申請者氏名（自筆署名）　　　　 　 印

私は、日本臨床動作学会の定める「臨床動作学講師」の認定を受けたいので、

所定の書類および審査料を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| ふ り が な  氏 　名 | 年令 　　　才（西暦　 　　年 　月　 日生）男・女 |
| 現住所 | 〒  電話： 　　　　　　　　　　　FAX：  ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： |
| 所属機関  職 　 名  （免許・資格） |  |
| 所属機関  所 在 地 | 〒  電話： 　　　　　　　　　　　FAX：  ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： |
| 関連資格 | □ 心理ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｲｼｮﾝ・ｽｰﾊﾟｰﾊﾞｲｻﾞｰ （認定番号　　　　）  □ 臨床心理士 　　（登録番号　　　　）  □ 公認心理師 　　（登録番号　　　　） |